DE

N° 78

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1888

PAR

Eugène MARTIN

Né à Quimperlé, le 1er décembre 1860

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

de la *Revue Populaire de Médecine et de Pharmacie*

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Physique médicale.	MM. MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. du cours)	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .	GRANEL.
Pathologie interne.	N....

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. : MM. MARTINS (O. ✻). DUPRE (O. ✻ C. ✻). CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .	MOSSÉ (✻). agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL, *président.*
CHALOT, *professeur.*
FORGUE, *agrégé.*
BIMAR, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

Le Docteur MARTIN

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

ALEXANDRE, FERNAND, PAUL

E. MARTIN.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

E. MARTIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI

E. MARTIN.

INTRODUCTION

On a déjà tant écrit sur les affections de la prostate, des maîtres si éminents ont traité cette question avec un talent tel, que c'est une grande présomption d'aborder un pareil sujet. Nous n'avons pas la prétention d'apporter de nouvelles richesses à la science ni d'élucider certains points encore obscurs.

Pendant un séjour de quatre ans en Indo-Chine, nous avons eu l'occasion d'observer, tant à l'hôpital du pénitencier de Poulo-Condor qu'à l'hôpital indigène de Choquan, un nombre considérable de vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate. Dernièrement encore, à l'hospice civil de Brest, nous avons pu en voir de nouveaux cas : c'est ce qui nous a donné l'idée de notre thèse. Nous aurions voulu faire mieux et décrire, par exemple, certaines pièces anatomo-pathologiques des collections de la Faculté, déposées par MM. les professeurs Dubrueil, Alquié, Serre, Masse ; des circonstances imprévues nous ont forcé d'avancer notre départ. Nous osons espérer que nos Juges en tiendront compte et accueilleront notre dernière épreuve avec la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous leur en exprimons ici notre vive gratitude.

Que M. le professeur Dubrueil, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permette de lui en témoigner toute notre reconnaissance.

DE

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

HISTORIQUE

La recherche des documents anciens sur la dysurie prostatique est difficile.

Jusqu'au XVII^e^ siècle, on ne trouve nulle part le nom de *prostate* et cependant, bien avant dans l'antiquité, on soupçonnait l'existence de cette glande. Ainsi Galien, dans son *Traité des causes et symptômes*, écrit les lignes suivantes : « Les urines séjournent dans la vessie, parce qu'elle ne les chasse pas ou parce que le col obstrué ne lui permet pas de s'en débarasser. L'ischurie est un symptôme commun à ces deux états. »

Paul d'Egine donne le conseil d'évacuer la vessie quand l'urine y reste.

Au XIV^e^ siècle, Arnaud de Villeneuve parle de la dysurie des vieillards guérie par le vin d'Alkékenge. Ambroise Paré, Rondelet, Lazare Rivière, Fabrice de Hilden, tout en s'occupant

de la rétention d'urine, n'apprennent rien de nouveau. Il fallait, pour avancer la question, des études anatomiques précises, et en effet ce fut seulement grâce aux recherches de Lieutaud et de Haller que l'on put avoir des notions nouvelles sur le siège et la nature du mal.

Au XVIII[e] siècle, une période nouvelle s'ouvre.

J.-L. Petit attribua une origine syphilitique au gonflement de la glande, et institua, sans succès cela va sans dire, le traitement spécifique. Nous mentionnons seulement la forme des matières fécales, caractère séméiologique, auquel il attribuait une grande importance.

Bartholin à Padoue, Valsalva à Bologne, Morgagni, nous fournissent de précieux renseignements sur la nature de la glande.

Dès lors, l'impulsion est donnée : Chopart et Desault étudient minutieusement et exposent avec la plus grande clarté les engorgements prostatiques ; Desault jette un jour tout nouveau sur l'engorgement variqueux, sa pathogénie, ses symptômes, et après lui viennent tous ces hommes qui sont autant d'illustrations pour les écoles qui les ont produits : Boyer, Delpech, qui sépare la tuméfaction par engorgement du cancer ; Mayor, Mercier, Civiale, Philips, Leroy d'Etiolles, Amussat, Thompson, Guyon, Reliquet, Le Dentu.

ANATOMIE

« La prostate, dit le professeur Sappey, est située au devant et au dessous de la vessie, au dessus de l'angle que forme la portion moyenne avec la portion terminale du rectum, en arrière de la partie inférieure de la symphyse pubienne, à laquelle l'attachent des liens à la fois fibreux et musculaires. »

Tillaux la compare pour la forme à une châtaigne ; Richet et Sappey à un cône aplati, obliquement dirigé en bas et en avant, dont la base embrasse le col vésical et le sommet correspond à la région membraneuse de l'urèthre. Ce cône présente à étudier deux faces, une antéro-supérieure ou pubienne, l'autre postéro-inférieure ou rectale ; deux faces latérales ou bords, une base et un sommet. Nous reviendrons sur tous ces points lorsque nous nous occuperons des rapports de la prostate avec les organes voisins, rapports qui, avec le développement de la glande, sont une des parties les plus importantes de notre chapitre.

Les dimensions de la prostate varient considérablement selon les auteurs ; le tableau que nous donnons en fait foi :

	Senn	Dupuytren	Richet	Thompson	Cruveilhier	Sappey
De la base au som. .	»	»	»	34mm	26-30	»
Face pubienne. . . .	»	»	16-18	»	»	24
— rectale	29-32	»	25-32	»	»	30
— diam. transver.	42-46	42-50	38-42	44mm	32-40	42
— — ant.-post.	22-24	21-25	25-30	15mm	20-25	27

Ces écarts n'ont pas lieu de nous étonner, car les chiffres varient non seulement avec les auteurs, mais encore avec les prostates ; ainsi Henry Thompson a pris 53 prostates d'adultes

et il est arrivé aux mesures suivantes : de la base au sommet 33 à 45 millim. ; pour le plus grand diamètre transverse, 34 à 51 millim. ; la plus grande épaisseur à ce niveau était de 13 et 24 millim. Le poids moyen d'après Thompson est de 17 gr. 96.

Rapports. — La face antérieure ou pubienne est la plus courte, et elle est en rapport avec les fibres longitudinales antérieures de la vessie et un plexus veineux très riche, le plexus de Santorini. Elle est située à 12 ou 15 millimètres environ derrière la symphyse pubienne, à laquelle la rattachent les ligaments pubio-prostatiques qui fixent la glande dans sa position et sa direction. Il faudrait cependant se garder de croire que la prostate est dans une immobilité absolue ; ces ligaments lui permettent certains mouvements, peu étendus il est vrai.

La face postérieure ou rectale est plane. Elle est unie à la paroi antérieure du rectum par une couche celluleuse assez lâche et un feuillet aponévrotique auquel Denonvilliers a donné le nom d'aponévrose prostato-périnéale. Une conséquence pratique et immédiate de ce rapport intime sera de faciliter au moyen du toucher rectal l'examen de la face postérieure de la glande ; cet examen donnera des notions précieuses sur les variations de dimensions et de forme de la prostate, la face rectale étant à l'état normal divisée en deux lobes par un sillon médian et échancrée vers la base de la glande, ce qui lui donne un aspect cordiforme. Je cite seulement pour mémoire le lobe moyen que l'on trouve encore sur cette face lisse et régulière à l'état sain.

Les bords sont séparés des muscles releveurs de l'anus par l'aponévrose latérale de la prostate ou pubio-prostatique ; ils sont en rapport avec un plexus de canaux veineux qui entourent presque complètement la glande. La figure 218 du *Traité d'anatomie topographique* de Tillaux, montre d'une manière très

nette l'espèce de loge fibreuse par laquelle est isolée la prostate des organes avoisinants, en même temps qu'elle nous fait voir sa situation exacte au fond du petit bassin.

La base de la glande est obliquement taillée en bas et en avant aux dépens de la face supérieure ; elle est en rapport avec le sommet des vésicules séminales et les canaux déférents, entourant le col de la vessie sur la face postérieure de laquelle elle se prolonge et s'avançant sur son bas-fond.

Le sommet de la prostate est dirigé en avant : il fait suite à la portion membraneuse de l'urèthre ; la distance qui le sépare de la symphyse pubienne est de 16 à 18 millim.

Telle est la configuration extérieure de la glande : il nous faut maintenant parler du canal qui la traverse de la base au sommet, et qui joue un rôle capital dans la production de la dysurie d'origine prostatique. Le canal dont nous nous occupons n'est pas, comme on pourrait le supposer, parallèle à l'axe de la glande ; il est plus près en haut de sa face antérieure et plus en bas, de la postérieure ; en outre il n'est pas rectiligne : en effet, chez les jeunes hommes, sa courbure à concavité antérieure est peu prononcée, elle suit le développement du lobe moyen sous l'influence de l'âge. Il est renflé dans sa partie moyenne ; son diamètre, qui à l'état ordinaire est de 5 millim., acquiert 7 à 8 millim. au moment de la miction ; il peut être porté jusqu'à 12 et 15 millim. par le cathétérisme.

Le canal prostatique est divisé en trois parties : une supérieure, formée par le sphincter de la vessie et le lobe moyen de la prostate ; une antérieure, qui constitue la paroi antérieure du canal, constituée par le sphincter de la portion prostatique de l'urèthre et des glandules logées dans l'épaisseur des faisceaux musculaires ; une partie postérieure, comprenant dans sa constitution anatomique des fibres musculaires lisses et des glandules plus larges que celles que l'on trouve dans la paroi antérieure. De cette façon, la prostate forme non pas une gouttière

ouverte en avant, dans laquelle serait placé le canal de l'urèthre, mais bien un anneau complet doué de propriétés contractiles.

Si l'on pratique une coupe de la prostate qui divise la glande en deux parties, l'une antérieure et postérieure et qui permette d'étudier le canal que nous venons de décrire, on remarque sur la paroi antérieure et sur les bords du canal, une quantité innombrable d'orifices microscopiques représentant l'embouchure des glandules correspondantes et sur la paroi postérieure, en procédant de haut en bas, des orifices glandulaires plus développés que ceux dont nous venons de parler, deux gouttières latérales se dirigeant de haut en bas et d'arrière en avant, le verumontanum, petite crête de 12 millimètres de longueur, arrondie en arrière, mince en avant, et sur le verumontanum, l'utricule prostatique, à droite et à gauche duquel on voit l'embouchure des conduits éjaculateurs.

Structure de la prostate. — Le tissu qui entre dans la constitution des organes est d'un gris blanchâtre et d'une consistance ferme ; il se rapproche du tissu fibreux, car, quand on l'incise, il crie sous le scalpel ; il est de plus excessivement résistant. On y trouve des glandules, du tissu musculaire strié, du tissu musculaire lisse, des fibres élastiques, du tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs. Les glandules prostatiques sont très nombreuses ; elles se dirigent vers le canal prostatique ; elles ne peuvent être comparées entre elles ni pour la forme, ni pour les dimensions ; les culs-de-sac glandulaires, au lieu d'être appendus par groupes à l'extrémité des canaux excréteurs, s'abouchent isolément sur les conduits par lesquels se fait l'excrétion, à intervalles inégaux et relativement assez grands ; c'est le seul caractère qui soit commun aux glandules prostatiques. Sappey a compté jusqu'à quarante-cinq et cinquante orifices sur les parois de la por-

tion prostatique de l'urêthre et, ajoute-t-il, il en existe probablement davantage.

Le tissu musculaire entre pour les deux tiers environ dans la formation de la prostate; on trouve des fibres striées, décrivant une courbe à concavité postérieure, dans les faces antérieure et latérales de la prostate ; la face postérieure est composée de fibres musculaires lisses, à direction transversale. Il y a en outre des faisceaux en fibres irrégulièrement entre-croisées, sur lesquelles nous n'avons pas à insister. D'ailleurs nous ne faisons que citer ces diverses fibres musculaires sans entrer dans plus de détails sur le rôle qu'elles jouent dans l'éjaculation ou l'émission de l'urine.

Les fibres élastiques et le tissu conjonctif se retrouvent ici avec leurs caractères ordinaires et ne nous arrêteront pas ; ils unissent les faisceaux musculaires les uns aux autres.

Les artères viennent de l'hémorroïdale moyenne, des vésicales, notamment de la vésicale inférieure ; les veines se rendent dans les plexus veineux abondants, que l'on trouve tout autour de la glande.

Les lymphatiques ont été, en 1834, l'objet d'une étude toute spéciale de la part de M. le professeur Sappey, qui en a décrit quatre troncs principaux : deux latéraux, deux supérieurs. C'est dire que ces vaisseaux sont très nombreux ; en effet, ils partent des parois de chaque glandule et se répandent vers la surface de la prostate, affectant principalement une direction vers la face inférieure.

Les éléments nerveux sont abondants dans la prostate ; chaque filet est composé, en général, de 4 à 6 tubes minces, accompagnés de fibres lamineuses et de fibres de Remak, qui en forment la masse la plus importante ; ils suivent le trajet des artères et vont ensuite se perdre dans les faisceaux musculaires. Ils proviennent du plexus hypogastrique. Ces nerfs donnent à la muqueuse prostatique une sensibilité très vive et spé-

ciale ; ce sont eux qui transmettent la sensation spéciale qui nous avertit du besoin d'uriner.

La prostate sécrète un liquide épais, opalin, destiné à se mélanger au sperme dans l'éjaculation. Quand la sécrétion devient abondante sous l'influence de certaines excitations, on la voit sortir assez souvent par le méat urinaire, et cela quelquefois en telle abondance qu'on a pu la prendre pour des pertes séminales ; mais l'erreur est vite dissipée par l'examen au microscope, qui ne révèle pas la présence des spermatozoïdes.

ÉTIOLOGIE

« Soumettez tous vos malades à la plus minutieuse enquête étiologique, et vous arriverez à ce résultat décourageant qu'il est impossible d'accuser, avec preuves suffisantes, aucune des causes le plus habituellement invoquées. Lorsqu'il s'agit d'expliquer l'apparition de telle ou telle complication ou même les variations d'intensité que peuvent offrir les symptômes, vous trouverez sans peine, de la façon la plus nette, la plus positive, l'influence de causes variées, faciles à préciser ; vous ne la retrouverez pas lorsque vous vous demanderez quelle est la véritable origine de la maladie elle-même. »

Ces paroles de l'éminent chirurgien de l'hôpital Necker nous montrent combien il est malaisé d'arriver au point de départ exact de la dysurie prostatique. C'est bien la glande qui est la cause de tout le mal ; mais quelles sont les causes vraies de l'hypertrophie de la prostate ? Nous entrons ici dans le champ de l'hypothèse. Cependant il faut que nous recherchions dans quelles conditions la glande se trouve plus favorablement disposée à acquérir un volume tel que la miction en éprouve une gêne considérable, sinon un empêchement.

J.-L. Petit regardait la syphilis comme la cause la plus ordinaire de l'hypertrophie de la prostate, et il instituait le traitement mercuriel à outrance, sans succès.

Civiale, dans son remarquable *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, accuse toutes les circonstances qui déterminent une excitation plus ou moins vive sur la vessie et la prostate, les calculs vésicaux, les rétrécissements de l'urèthre,

le passage fréquent des instruments dans le canal, les uréthrites et les prostatites.

Toutes ces causes n'ont aucune influence ; certains auteurs, Mercier entre autres, pensent que les calculs, les rétrécissements uréthraux, amènent plutôt une atrophie qu'une hypertrophie : la compression excentrique produite dans le canal par le calcul ou l'urine accumulée expliquerait la disparition d'une partie de la glande. Ce raisonnement ne repose sur aucune base sérieuse ; le nombre des rétrécis et des calculeux est considérable, et on note soigneusement les cas d'atrophie de la prostate. Pour ce qui est des calculs vésicaux, M. le professeur Guyon se refuse à les regarder comme la cause de l'hypertrophie prostatique ; il s'appuie sur l'autopsie d'un homme de quarante-trois ans, incomplètement débarrassé d'un calcul par la lithotritie, atteint en outre de pyélo-néphrite suppurée et d'irritation vésicale intense, d'inflammation violente de la région prostatique due à la présence du calcul ; l'examen le plus attentif démontra que la prostate n'offrait pas la moindre hypertrophie. Donc, les calculs vésicaux n'entrent pour rien dans l'augmentation de volume de la glande.

Les rétrécissements ne sauraient produire à eux seuls l'hypertrophie. Si l'on consulte les auteurs qui se sont occupés de la question et que l'on note à quelle période de la vie les rétrécissements sont les plus fréquents, on voit que cette maladie survient principalement dans l'âge adulte ou même dans la jeunesse. Trouve-t-on des prostatiques de trente à quarante ans ? Et si cet obstacle permanent et progressif au cours des urines entrait pour une part, si faible fût-elle, dans l'étiologie de l'hypertrophie prostatique, on ne serait pas encore à chercher un malade adulte atteint de dysurie prostatique. N'y en aurait-il que cinq sur cent, ce serait déjà quelque chose : il n'y en a pas un seul. Au contraire, Guyon prétend que « les rétrécissements de l'urèthre, loin d'être une cause prédisposante de

l'hypertrophie, sont souvent une sauvegarde pour ceux que l'âge doit plus tard rendre prostatiques », par suite d'une hypertrophie compensatrice du muscle vésical.

Nous trouvons la même influence négative pour les prostatites, les diverses manœuvres que nécessitent les maladies de la vessie, les excès alcooliques, les excès de table, les excès vénériens.

Ce qu'on a dit des professions est également controversable. L'équitation, serait, pour E. Home, une cause favorable au développement de l'affection qui nous occupe : elle agirait en produisant une espèce d'apoplexie des capillaires sanguins. Il faut reconnaître que cette explication est plus facile à donner qu'à prouver. Velpeau fait remarquer avec juste raison que les secousses et la compression réitérées du périnée paraissent plus propres à activer la circulation qu'à l'entraver ; il ajoute que, d'autre part, l'observation ne démontre pas que les hypertrophies prostatiques soient plus fréquentes chez les cavaliers que chez ceux qui n'ont jamais monté à cheval.

D'un autre côté, on ne voit pas plus de malades atteints de dysurie prostatique parmi les cordonniers, les tailleurs et en général tous ceux qui exercent des professions sédentaires que chez les individus qui ont l'habitude de rester longtemps debout, tels que, par exemple, les serruriers, les menuisiers, etc...

La cause vraie n'étant pas parmi toutes les affections que nous venons de passer en revue, affections qui toutes sont accidentelles, il n'y a rien de surprenant que l'on se soit tourné du côté des influences diathésiques, ce mot qui cache dans beaucoup de cas une ignorance absolue de ce que l'on croit savoir, et l'on a tour à tour incriminé la scrofule, la tuberculose, la goutte, le rhumatisme, l'arthritisme. Cette idée de la diathèse n'est pas nouvelle, puisque nous avons déjà vu Jean-Louis-Petit rechercher dans la syphilis l'origine du mal.

Un raisonnement de quelques instants suffit pour démontrer l'inanité de pareilles causes. La scrofule, par exemple, que nous citons en premier lieu, la scrofule est, d'après Jaccoud, une dystrophie constitutionnelle à produits polymorphes, dont les manifestations, de nature inflammatoire pour la plupart, occupent les ganglions lymphatiques, la peau, les muqueuses, etc... Eh bien! cette dystrophie qui frappe surtout les enfants ne crée jamais chez eux d'hypertrophie prostatique : loin de là, leur prostate est rudimentaire. Ne voit-on pas des vieillards parfaitement conservés atteints de dysurie prostatique? Qu'on leur demande s'ils ont eu des manifestations de scrofules dans leur jeune âge et ils répondront négativement.

La tuberculose prostatique n'est pas du tout accompagnée d'hypertrophie, car la glande a plutôt une tendance à se détruire, à subir une fonte purulente. Gross, qui a fait intervenir la goutte et le rhumatisme, ne peut pas appuyer son assertion sur des bases sérieuses. Nous répéterons ce que nous avons dit au sujet des rétrécis et des scrofuleux ; pourquoi ces divers malades, qui présentent des manifestations de leur état dans l'âge adulte, n'offrent-ils pas en même temps la dysurie dont ils souffriront à une certaine période avancée de leur vie ?

On enseigne, en embryologie, que les organes génitaux internes de l'homme dérivent essentiellement du corps de Wolff et de son canal excréteur, qui constituent le testicule, les vésicules séminales et enfin les canaux éjaculateurs; en un mot, tout l'appareil qui s'étend depuis la glande séminale jusqu'à la portion prostatique du canal de l'urèthre. L'organe de Muller (il va sans dire que nous supposons connues toutes les parties dont nous parlons) l'organe de Muller s'atrophie complétement chez l'homme ; il n'en reste comme trace que ses deux extrémités : la périphérique, qui formera l'hydatide pédiculée de Morgagni, et la centrale, qui constitue, par sa réunion à celle du côté opposé, l'utricule prostatique.

Chez la femme, les conduits de Muller persistent et forment notamment la matrice par la fusion des deux parties inférieures des conduits de chaque côté, de la même manière que se forme chez l'homme l'utricule de la prostate : l'utricule prostatique et la matrice seraient donc deux organes entièrement homologues.

De là cette conception étiologique : l'utérus est fréquemment le siége de tumeurs à texture musculaire et charnue désignées sous le nom de myomes ou léio-myomes (Virchow), tumeurs à fibres musculaires lisses ; l'hypertrophie de la prostate est due pour une grande partie à l'accroissement du tissu musculaire qui entre dans sa composition ; puisque les deux organes sont homologues, pourquoi les maladies qui dérivent de leur composition anatomique ne le seraient-elles pas aussi et pourquoi l'hypertrophie ne serait-elle pas identique au myome utérin ?

Ici se place une objection : la période de la vie dans laquelle on constate le plus les tumeurs utérines est la période active de la vie génitale ; Courty prétend que les myomes apparaissent à tout âge, avant 20 ans et après 80 ; ce sont là des exceptions. L'hypertrophie prostatique survient dans la vieillesse. Autre chose : grâce à un traitement bien dirigé et rigoureusement suivi, on a obtenu la résolution naturelle de la tumeur utérine, sa disparition au moyen des fondants, préparations d'or, de brome, d'iode, les alcalins, le traitement arabique ; nous verrons au chapitre du traitement de la dysurie prostatique le peu de prise que fournissent les moyens médicaux sur l'hypertrophie.

Donc deux points principaux séparent le myome utérin de l'augmentation de volume de la prostate : en premier lieu, l'époque où l'une et l'autre maladie se montrent, en second lieu la tendance à la régression de l'une sous l'influence de la ménopause, des soins hygiéniques, de l'électricité, des médi-

caments altérants, la persistance, la ténacité et la résistance de l'autre aux divers moyens médicaux et chirurgicaux.

Nous arrivons à l'influence de l'âge sur la production de l'hypertrophie prostatique.

« L'influence de l'âge, dit Guyon, est absolument nécessaire. Il faut avoir, en moyenne, au moins cinquante-cinq ans pour avoir le droit de devenir prostatique. Jamais, à moins de circonstances tout à fait spéciales, vous ne rencontrerez un homme de quarante ans, par exemple, atteint d'une hypertrophie vraie. L'influence de l'âge est donc très remarquable, mais est-elle suffisante ? Tout individu qui arrive à la soixantaine est-il fatalement condamné à être prostatique ? Non, fort heureusement. Il est un grand nombre de vieillards qui arrivent à l'âge le plus avancé sans offrir aucun des symptômes de la maladie. Il est même à remarquer qu'on ne devient plus que rarement prostatique au-delà d'un certain âge, de 70 ans, par exemple, dût-on atteindre une longévité exceptionnelle. L'hypertrophie n'est donc pas un corollaire obligé de la vieillesse. » Ainsi l'âge est une condition nécessaire, mais non suffisante, puisque Henry Thompson, qui s'est livré à ce sujet à des recherches fort instructives, a trouvé, sur 175 individus compris entre soixante et quatre-vingt-quatorze ans, 56 prostatiques seulement.

» En résumé, l'hypertrophie ne survient que chez environ 34 p. 100 des hommes de soixante ans et au-dessus et elle n'entraîne de signes positifs que chez 15 ou 16 d'entre eux. Elle est à peu près complètement inconnue avant cinquante-cinq ans, ne devient fréquente qu'à partir de la soixantaine et n'apparaît plus guère après soixante-dix ans. »

Donc toutes les causes qu'on a invoquées au sujet de l'hypertrophie de la prostate peuvent se réfuter les unes après les autres ; une seule doit rester, l'âge, et nous terminerons ce chapitre de l'étiologie en disant que l'hypertrophie est une maladie de la vieillesse.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes les plus importants de l'hypertrophie de la prostate sont, sans contredit, ceux qui ont rapport à l'excrétion urinaire : ils sont la conséquence directe le plus souvent mécanique de cette hypertrophie. Les avertissements donnés aux prostatiques sont nombreux ; mais tant que la vessie qui s'hypertrophie à son tour est assez puissante pour assurer un écoulement suffisant des urines, le malade s'inquiète peu de ces altérations qu'il met sur le compte de l'âge. Cependant il arrive un moment où la lutte est impossible entre la vessie d'une part, la prostate de l'autre, et la maladie se trouve alors nettement établie ; voyons les étapes successives par lesquelles le prostatique arrive au summum de son fâcheux état.

Au début, il n'y a pas de troubles assez marqués pour attirer l'attention du malade. Il est probable qu'il s'écoule une période assez longue, depuis le commencement de l'affection jusqu'à l'apparition de quelque phénomème anormal dans la miction. La durée variable de cet état latent dépend soit du caractère de l'hypertrophie, soit de la constitution du sujet. En effet, il est facile de comprendre dans quel degré la nature de la tumeur influe et sur les symptômes qui se produisent et sur leur gravité. Une hypertrophie considérable d'une partie de l'organe peut, dans certains cas, causer peu ou pas d'inconvénients pendant fort longtemps, au lieu que, dans d'autres circonstances, une hypertrophie beaucoup moindre, mais située autrement, peut être la cause de troubles fonctionnels, locaux ou généraux, quelquefois très intenses.

Quoi qu'il en soit, un des symptômes les plus ordinaires et le plus tôt observé est la fréquence du besoin d'uriner ; le soulagement produit par la miction est moins complet, il n'y a pas la satisfaction qu'on éprouve habituellement dans l'état de santé. C'est surtout pendant la nuit, vers 2, 3, 4, 5 heures du matin, que les besoins sont impérieux ; le jet de l'urine n'apparaît pas immédiatement, malgré les efforts du malade ; il y a une certaine hésitation avant qu'il soit bien établi. Les malades savent fort bien qu'il s'écoulera un certain temps avant que l'urine apparaisse au méat ; aussi les voit-on s'ingénier de mille et mille façons pour arriver à satisfaire le besoin qu'ils ressentent : l'un exerce des tiraillements sur la verge, « il la trait », suivant une expression pittoresque ; l'autre se promène à grands pas dans sa chambre ; un troisième trempe les mains dans l'eau froide ; tous adoptent la manière qu'ils ont trouvée instinctivement la plus favorable à la miction. Une chose importante à noter, c'est que le retard de l'écoulement d'urine est d'autant plus prononcé, d'autant plus difficile à vaincre que le patient est resté plus longtemps sans uriner, ce qui explique la fâcheuse influence du sommeil sur les prostatiques.

Le jet, quand il est établi, n'est pas nécessairement beaucoup plus petit que dans l'état de santé ; mais il est projeté moins loin que dans les efforts ordinaires ; sa force ne peut pas être augmentée malgré les efforts du malade ; les dernières gouttes restent dans le canal de l'urèthre et tombent lentement par leur propre poids, sans le secours des contractions musculaires : le malade pisse sur ses bottes.

Sous l'influence de l'augmentation de la quantité d'urine dans la vessie, il se produit un état congestif qui amène des érections tout à fait mécaniques, persistantes et intenses, qui font souffrir les malades. Ces érections sont dues non seulement à la réplétion de la vessie, mais encore à l'influence conges-

tive du décubitus et du sommeil. Comme les efforts pour uriner, en redoublant de fréquence, deviennent plus pressants, il y a du côté du rectum, du ténesme et une certaine irritation ; parfois les matières fécales sont rendues pendant la miction sans que les malades puissent les retenir ; d'autres fois, divers troubles produits par la congestion des veines du bassin, résultant d'une pression mécanique; le plus souvent constipation opiniâtre, résultant de l'arrêt formé au cours des matières par la prostate tuméfiée, boursouflement hémorrhoïdaire. Il résulte de tout cela des efforts inutiles pour la défécation, et quand les malades vont à la selle, il leur semble qu'ils n'ont pas tout rendu. Plusieurs écrivains, entre autres J.-L. Petit, ont prétendu que les matières fécales portaient l'empreinte de la prostate, sous forme d'un sillon longitudinal ; mais pour que cette rigole fût ainsi creusée, il faudrait supposer, avec Vidal, une paralysie du sphincter anal, ce qui est loin d'être le cas le plus fréquent.

Ces symptômes sont aggravés par toutes les causes qui entraînent de la congestion du côté du petit bassin, par exemple, les professions et les habitudes sédentaires ; ce fait a été noté depuis longtemps ; on avait remarqué l'influence fâcheuse du repos pour les prostatiques ; on avait même pris la cause pour l'effet. Que la station assise ou le décubitus dorsal prolongés amènent des troubles de la miction chez des hommes porteurs de prostate hypertrophiée, cela n'est pas douteux; mais il faut bien se garder de croire qu'à elles seules ces conditions sont capables de produire la maladie ; elles l'aggravent, c'est incontestable ; elles ne sauraient la déterminer.

Les excès vénériens, les excès alcooliques ont encore une action beaucoup plus nuisible sur la marche de la maladie. Chopart, Hunter, Velpeau, ont signalé les effets désastreux des excitations vénériennes ; mais ici encore ils s'étaient mépris : ils avaient confondu la cause avec la complication. Velpeau,

par exemple, mettait la blennorrhagie en première ligne au point de vue étiologique, et Vidal disait à propos de l'inflammation uréthrale :

« De l'urèthre, l'inflammation se retranche dans la prostate ; là, sévissant sur une substance glandulaire, elle s'y perpétue, s'y transforme quelquefois ou s'y éteint, mais après y avoir fait naître l'hypertrophie. » Cette assertion est complètement fausse.

Les effets nuisibles du vin, des liqueurs, ont surtout été notés quand ils agissent comme causes occasionnelles de rétention d'urine ; la bière notamment, qui a sur les organes génito-urinaires une influence si funeste, prise même en petite quantité, pourrait produire, dit-on, tout à coup l'ischurie. Outre les excès de table, on peut admettre comme circonstances aggravantes de la maladie, l'excès de fatigue, un refroidissement brusque, une contusion du périnée.

La retenue volontaire et prolongée de l'urine amène vers la vessie une congestion qui réagit sur la prostate et détermine des difficultés très grandes dans la miction. Les voyages en chemin de fer sont à ce point de vue dangereux, car ils réunissent plusieurs facteurs dont chacun peut amener une aggravation notable : la trépidation qui favorise la stase sanguine dans les organes pelviens, la station assise prolongée et surtout la difficulté d'obéir aux injonctions d'une vessie trop facilement irritable.

Signalons en passant l'effet des purgatifs, qui congestionnent fortement la cavité pelvienne ; ils amènent des hémorrhoïdes, c'est un mal de bien peu de gravité à côté de l'autre ; ils sont mauvais en ce sens que sous leur influence la prostate augmente de volume. Les balsamiques, le copahu, le cubèbe, la térébenthine peuvent aussi causer une irritation dangereuse.

S'il est des conditions, et nous venons de les passer en revue, qui exercent une action des plus fâcheuses sur l'hyper-

trophie prostatique, il en est d'autres qui tendent à faire cesser ou plutôt qui atténuent cette même hypertrophie. Toutes les causes de congestion sont désastreuses ; toutes les circonstances capables d'activer la circulation seront par cela même des plus avantageuses. La station debout, les promenades, un exercice modéré, l'habitude d'uriner aussitôt que le besoin s'en fait sentir, et surtout la continence, contribueront puissamment à détourner de la glande un sang qui a trop de tendances à ne pas circuler activement par suite de l'altération sénile des parois artérielles. Par conséquent il faudra que le malade se donne du mouvement, sans fatigue ; car dans ce cas il serait obligé de dormir, peut-être trop, et nous avons vu déjà les résultats du décubitus prolongé non-seulement sur la vessie, la prostate, mais encore sur la verge et les reins.

Nous venons d'assister au premier acte de l'hypertrophie prostatique; voyons de quelle manière se déroulera le deuxième. La rétention d'urine, qui est le symptôme dominant de la deuxième période, est complète ou incomplète ; dans le premier cas, le malade ne pisse pas du tout ; dans le deuxième, il urine fréquemment, mais ne parvient pas à vider complètement la vessie.

Le patient atteint de rétention complète est tourmenté par des désirs incessants ; il se présente à chaque instant à la garde-robe, se livre aux efforts les plus considérables et cependant n'aboutit à aucun résultat. Comme les reins fonctionnent sans cesse, les envies deviennent plus pressantes, le malade éprouve de violentes douleurs au périnée, dans les lombes et après quelques instants, de guerre lasse, il ne songe qu'à garder une position capable de relâcher les parois abdominales qui pressent sur la vessie, dont la distension augmente d'heure en heure.

Enfin, sous une poussée plus forte que les autres, le col se laisse dilater, le malade urine par regorgement ou sous l'in-

fluence d'un effort brusque ; l'urèthre se rompt et une infiltration d'urine survient.

Dans les cas favorables, on agira contre la rétention au moyen de la sonde à demeure.

La rétention d'urine débute avec fracas ; la rétention incomplète est toujours précédée d'un ensemble de signes susceptibles d'induire en erreur les praticiens même exercés. Les mictions deviennent fréquentes ; elles le sont autant le jour que la nuit. Contrairement à ce que nous avons vu dans la première période, elles se répètent parfois à intervalles à peu près fixes, souvent avec une sorte de régularité d'horloge ; en un mot, la vessie demande à évacuer son trop plein dès que la quantité d'urine rejetée est remplacée par une quantité à peu près égale.

La conséquence de la rétention est l'incontinence ; on appelle ainsi l'écoulement involontaire ou inconscient de l'urine ; mais il y a deux sortes d'incontinence, la vraie et la fausse.

D'après Guyon, « pour qu'il y ait incontinence vraie, il faut que le malade n'ait d'autre sensation que l'arrivée de l'urine, qu'il se trouve mouillé, mais rien de plus. Le besoin ne doit pas être perçu ; nombre de malades parlent sans hésiter d'incontinence, tandis qu'ils n'ont que des mictions impérieuses et répétées. Le besoin est subit, pressant, la volonté impuissante ; à peine l'envie d'uriner s'est-elle fait sentir que déjà le liquide s'échappe du méat et souille les vêtements. Ces malades pissent malgré eux, mais ils ont été avertis qu'ils allaient pisser. C'est la fausse incontinence. » Ce terme d'incontinence a donné trop souvent lieu à de fatales erreurs dans la pratique ; aussi vaut-il mieux lui substituer celui de regorgement, et voici le mécanisme par lequel s'établit la miction dans ce cas. L'hypertrophie de la prostate faisant toujours des progrès, la capacité de la vessie cède à l'accroissement constant de l'urine ; la dilatation en est la conséquence ; l'organe se remplit et

l'excès s'écoule à l'insu du malade d'abord pendant la nuit, plus tard durant le jour, avec une très grande douleur et une sensation de chaleur le long de l'urèthre ; alors aux souffrances physiques vient s'ajouter un tourment moral : le malade, dont le corps et les vêtements exhalent la plus désagréable odeur, se condamne lui-même à vivre dans l'isolement le plus complet ; il sent qu'il est un objet repoussant pour ceux qui l'entourent.

L'incontinence se montrant à la suite de la rétention peut être évitée quand le praticien est prévenu à temps ; malheureusement ce signe, qui frappe le plus les malades, est parfois révélé trop tard et alors le chirurgien ne peut guère espérer d'heureux résultats de son intervention. La lésion est avancée, la vessie est inerte, distendue, les uretères sont parfois dilatés au point qu'on les a vus remplacer la vessie et former deux tumeurs énormes dans la région hypogastrique, s'étendant du pubis jusqu'aux côtes inférieures, tumeurs que le cathétérisme faisait disparaître. « La constatation du symptôme incontinence vraie doit faire craindre que l'intervention même la plus sagement conduite ne fasse éclater des accidents, souvent des plus graves, accidents que ne laisse pas pressentir, au moins dans l'entourage du malade, l'apparente bénignité des symptômes ; elle ne permet pas d'espérer, dans les cas les plus heureux, le moindre retour de la faculté d'uriner. »

A côté de ces malades qui ont la plus grande peine à uriner, nous en trouvons d'autres atteints de polyurie qui rendent, au lieu de 12 à 1500 grammes d'urine dans les 24 heures, deux litres et demi, trois litres et même plus. Il faut être prévenu de la possibilité de ce symptôme ; car si la rétention ou l'incontinence éveillent l'attention du sujet, il n'en est pas toujours de même de la polyurie ; le malade n'est-il pas dans une sécurité trompeuse ? loin d'éprouver de la gêne, il urine sans la moindre difficulté.

Le médecin ne saurait trop interroger son patient et diriger

ses recherches de ce côté, car la polyurie est le signe d'une hypertrophie prostatique ; elle indique de plus que les reins sont soumis à un travail exagéré qui les rendra malades, s'ils ne le sont déjà au moment de l'examen.

Cette polyurie disparaît sous l'influence d'un traitement bien dirigé ; si elle ne cède pas, c'est une preuve que les reins sont atteints de lésions déjà avancées.

Nous nous résumons en disant que la fréquence exagérée de la miction, l'incontinence et la polyurie sont des signes de rétention.

Au début de la maladie, l'urine n'est nullement modifiée dans sa composition, et l'analyse la plus minutieuse n'y fait rien découvrir qui mette sur la voie du diagnostic ; mais à force de séjourner dans la vessie, les urines s'altèrent ; de jaunâtres qu'elles étaient à l'état normal, elles passent à la couleur brun foncé ; elles contractent des propriétés irritantes ; un peu plus tard, par l'altération de la muqueuse vésicale, qui enflammée sécrète un liquide muco-purulent, elles deviennent troubles, lactescentes ; on y rencontre parfois des filaments opaques ou blanchâtres mélangés à de légères stries de sang ou des flocons muqueux ; en même temps, elles acquièrent une odeur fétide, ammoniacale et quelquefois si repoussante, qu'elles sont pour les malades eux-mêmes un sujet de dégoût et de tourments continuels. Mais, il faut bien le dire, tout cela indique non pas l'existence d'une hypertrophie prostatique, mais d'une lésion dont le chirurgien aura à faire le diagnostic ; on en retire des renseignements précieux, des indications nettes, mais rien de plus.

Il en est de même des troubles digestifs, des phénomènes fébriles que l'on a l'occasion d'observer, principalement chez les prostatiques. Ces derniers présentent fréquemment des troubles digestifs se traduisant par des dyspepsies, des migraines, des embarras gastriques, l'état nauséeux, le dégoût, les

vomissements, la diarrhée, la constipation. Un malade qui se plaint de troubles digestifs, tenaces ou fréquents, qui présente ce que Guyon appelle la *langue urinaire*, rouge, sèche, qui manque de salive pour aider à la déglutition des aliments, qui a du muguet, qui offre en un mot cet état caractérisé sous la dénomination de *dysphagie buccale*, un tel malade nécessite un examen complet et attentif de l'appareil urinaire ; ces troubles divers sont dus à l'empoisonnement urineux.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces signes importants, lorsque nous traiterons du diagnostic ; nous les avons mentionnés au chapitre de symptomatologie parce qu'ils sont parfois les seuls qui mettent sur la voie de la maladie qui finirait par enlever le malade, si on n'avait recours à une intervention à la fois prudente et énergique.

Complications. — L'hypertrophie de la prostate est rarement une maladie simple ; elle s'accompagne presque toujours de complications nombreuses qui aggravent rapidement l'état des malades. Fâcheuses par elles-mêmes, elles viennent encore mettre obstacle au traitement de l'hypertrophie ; aussi doit-on s'attacher à les combattre avec énergie toutes les fois que cela est possible.

L'inflammation de la vessie, la cystite, est la complication la plus ordinaire et la plus précoce. Sous l'influence d'un cathétérisme fait sans précautions antiseptiques rigoureuses, le pus se développe avec la plus grande rapidité dans la vessie où stagne l'urine ; même en pratiquant l'asepsie la plus complète, on peut voir se produire la purulence de l'urine. Ce n'est pas la seule cause du catarrhe vésical. Le froid le plus léger peut produire ce résultat : dans ses *Cliniques*, le professeur Guyon parle d'un malade qui, pendant les fortes chaleurs du mois de juillet, ôta son gilet de flanelle et ses vêtements de drap pour se couvrir d'habits de toile très légers. Il n'en fallut pas

davantage pour faire éclater dans les vingt-quatre heures une bronchite grave avec menace de pneumonie. Deux ou trois jours après, il survenait aussi de la cystite. La bronchite a complètement guéri ; mais la cystite a persisté, bien que le malade vide complètement sa vessie.

L'apparition soudaine et brusque de l'inflammation de la muqueuse vésicale tient à la congestion de cette muqueuse ; nous avons vu ailleurs combien grande est la congestion de tout l'appareil urinaire chez les prostatiques ; cette congestion devient plus intense à la moindre occasion et la cystite s'établit avec la plus grande facilité. Elle commence par être aiguë ; bientôt elle passe à l'état chronique, surtout lorsque l'urine séjourne dans le réservoir vésical par suite de l'atonie des parois.

Etudions donc la forme aiguë et la forme chronique de la cystite.

La cystite aiguë détermine des douleurs violentes accompagnées de troubles de la miction ; sourde et profonde d'abord, la douleur affecte rapidement un caractère d'acuité remarquable ; elle a pour siège principal la région hypogastrique, et de là s'irradie dans les flancs, la région lombaire, envahissant le périnée et la verge jusqu'à la racine du gland. Les envies d'uriner deviennent fréquentes ; l'émission du liquide est accompagnée d'une sensation de brûlure le long du canal.

Valette donne le tableau suivant de l'anxiété extrême dans laquelle est plongé le patient : « A chaque instant, le besoin de se soulager force le malade à se lever ; mais c'est en tremblant de tous ses membres et en poussant des cris de douleur qu'il parvient à expulser quelques gouttes d'urine ; cette scène peut se répéter 30, 40 et même 100 fois dans les vingt-quatre heures, et cependant, malgré ces besoins pressants et ces efforts réitérés, la quantité de liquide expulsé n'est pas considérable ; aussi la vessie se laisse distendre de plus en plus et

forme un globe dur très douloureux, que l'on sent au-dessus du pubis. »

Le facies du patient accuse la douleur, le pouls est dur, fréquent, développé, la fièvre intense, souvent accompagnée de délire ; la peau chaude, sèche au début, se couvre bientôt de sueurs profuses à odeur âcre et urineuse. Ces phénomènes s'amendent peu à peu ; mais l'urine ne reprend jamais ses caractères normaux, elle dépose plus ou moins : la cystite chronique a succédé à la cystite aiguë. Ici les souffrances sont bien moins fortes que précédemment ; elles ont rarement l'acuité que nous avons notée dans la cystite aiguë. Certains malades accusent à peine quelques douleurs sourdes dans le bas-ventre, au périnée, dans les aines, à la région lombaire.

Ce qu'il y a de plus intéressant à étudier dans la cystite chronique est l'état des urines. Au lieu de la réaction acide qu'elle présente à l'état normal, l'urine devient alcaline ; en même temps sa densité augmente. Dans ce liquide ainsi altéré, on trouve toujours une exagération des principes normaux de l'urine, mucus, cellules épithéliales, sels ordinaires, et fréquemment des produits anormaux, pus, sang, sels divers. Ces urines sont louches et quand on les recueille dans un bocal en verre, on ne tarde pas à voir les substances en suspension se précipiter dans le fond du vase. Mercier a divisé, suivant la nature du dépôt, les urines en muqueuses, puriformes, purulentes et glaireuses.

Les calculs vésicaux sont une complication fréquente de l'hypertrophie prostatique. Il est difficile, même de l'aveu des auteurs les plus compétents, de se prononcer sur la relation qui existe entre ces deux affections ; toutefois nous pensons que la prédisposition des sujets, leur genre de vie et surtout la stagnation prolongée d'une urine que sécrètent des reins le plus souvent malades, sont de nature à favoriser le dépôt des

sels phosphatiques. La configuration des calculs, les coliques néphrétiques révèlent parfois leur origine rénale.

Quoi qu'il en soit, l'existence de ces calculs est souvent difficile à constater ; en effet, qu'une tumeur volumineuse ou pédiculée d'un des lobes de la prostate se développe dans la vessie, il arrive souvent que, dans les efforts du malade, le calcul vient de lui-même se placer dans le sillon qu'elle forme ; la sonde, en repoussant la tumeur, a parfois de la peine à le reconnaître. Signalons encore ce fait particulier qu'on a trouvé à l'autopsie dans la vessie des calculs assez volumineux dont l'existence n'avait pas été soupçonnée durant la vie parce que les effets en avaient été cachés par le gonflement d'un ou de plusieurs lobes de la prostate. C'est ainsi qu'on lit, dans le *Traité des maladies vénériennes* de Hunter, deux observations d'hypertrophie de la prostate compliquée de calculs de la vessie. Dans la première, un calcul placé derrière la tumeur demeura inaperçu ; dans la deuxième, le gonflement de la prostate fit cesser pendant un temps les symptômes de l'affection calculeuse, puis amena une dysurie à laquelle le malade succomba.

Ces complications peuvent s'amender ; avec des soins convenables on diminue la quantité de pus contenue dans l'urine ; on empêche le malade de perdre ses forces ; mais la guérison n'est jamais obtenue, car non seulement la vessie est atteinte, mais les uretères, les calices, les bassinets, les reins en un mot, sont également frappés, si bien que le malade arrive peu à peu à la cachexie : l'économie tout entière est affectée, il y a de l'abattement, de la faiblesse, de l'indifférence pour les choses extérieures ; le pouls faiblit, il survient de l'œdème et du refroidissement des membres inférieurs, des nausées et vomissements continuels ; enfin le coma apparaît et la mort termine la scène. Ces lésions rénales ont du reste été signalées depuis longtemps par Everard Home et Brodie.

L'hématurie est une complication qui doit nous arrêter. A la suite d'un cathétérisme même bien fait, la prostate congestionnée laisse échapper une quantité de sang plus ou moins grande ; l'état hypertrophique est à lui seul capable de produire cette hématurie, qui n'est jamais abondante. Cet accident n'a donc en lui-même rien d'alarmant ; c'est très heureux pour le malade que l'écoulement de sang ne soit pas considérable, car, s'il en était autrement, les caillots distendraient la vessie et augmenteraient la rétention si elle existait déjà.

Nous citerons en dernier lieu un accident souvent fatal aux personnes atteintes d'hypertrophie : l'inflammation avec abcès de la prostate, conséquence de la susceptibilité de l'organe à se congestionner, accident moins rare qu'on serait tenté de le supposer d'abord. Son apparition se fait comme celle de toutes les inflammations : phénomènes fébriles, frissons, chaleur intense au périnée. Le toucher rectal permet de reconnaître la fluctuation ; parfois le pus sort tout à coup par l'intestin ou le canal de l'urèthre, si la pression du doigt a ouvert l'abcès ; d'autres fois, c'est au cours d'un cathétérisme que le bec de la sonde donne issue au liquide purulent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les modifications que l'âge imprime à la prostate sont nombreuses et importantes ; l'hypertrophie amène non seulement des changements de forme, mais aussi des altérations de texture que nous allons essayer de passer rapidement en revue. Nous examinerons d'abord les caractères extérieurs et le développement physique de l'organe ; nous verrons ensuite quelles sont les lésions histologiques constatées sur la prostate, la vessie, les uretères et les reins.

Poids et volume. — Il est difficile d'assigner les limites précises qui marquent le début de l'hypertrophie : tels malades éprouvent des accidents propres à cette affection chez lesquels on ne peut constater un développement notable de l'organe ; d'autres au contraire offrent des symptômes peu marqués avec des lésions considérables. Velpeau a vu des prostates de la grosseur d'un œuf de poule et même d'un œuf de dinde ; Béraud en a vu de la grosseur du poing d'un adulte dans la collection de Desprès. Quant à celle que Bartholin dit avoir vue, de la grosseur d'une tête d'adulte, personne ne peut y ajouter foi, car la capacité du petit bassin ne contiendrait jamais une pareille masse.

Consistance. — En général, la consistance de l'organe varie peu ; quelquefois elle est un peu plus ferme et plus dure en texture, surtout s'il offre dans son intérieur de nombreuses tumeurs fibreuses ; d'autres fois elle est un peu plus molle et plus flasque que dans l'état normal.

Forme. — Extrêmement variable. Dans la majorité des cas, la prostate prend une forme ovale ou sphéroïdale ; tantôt la surface extérieure paraît bosselée et irrégulière ; mais le plus souvent elle conserve un aspect lisse, uniforme ; son développement se fait du côté de la vessie. Velpeau en a donné une raison très exacte facile à vérifier sur les pièces anatomiques. Enfermée dans une coque fibreuse et bridée en arrière par des aponévroses, la prostate peut moins facilement se porter vers le périnée que se diriger du côté de la vessie.

Fréquence relative. — Quel est le point de départ de l'hypertrophie ? Il est très difficile de le dire. Thompson pense que le lobe moyen n'est pas plus fréquemment et plus tôt affecté que les deux lobes latéraux ; mais comme marche de développement le lobe moyen, en règle générale, s'accroît plus rapidement. Cet auteur a examiné, dans les musées de Londres, 123 préparations, et il a vu pour le plus grand nombre un développement à peu près égal dans les trois portions de l'organe ; tandis que dans quelques-unes la portion antérieure est hypertrophiée proportionnellement. Il a divisé ces diverses pièces, d'après la direction et la situation de l'hypertrophie, en deux parties : la première contient quatre groupes renfermant les formes les plus communes : hypertrophie générale, hypertrophie générale avec prédominance du lobe moyen, prédominance plus grande du lobe droit sur le lobe gauche, prédominance du lobe gauche sur le lobe droit. La deuxième renferme les formes peu communes : hypertrophie des deux lobes latéraux, développement de la partie antérieure seulement, augmentation des deux lobes latéraux et de la portion antérieure sans accroissement du lobe moyen. Mais il faut bien reconnaître que les divergences dans l'appréciation des lésions pathologiques n'ont pas, au point de vue pratique, toute l'importance qu'on a voulu leur accorder.

Déformation du canal de l'urèthre. — Ce qui est commun aux diverses formes que nous venons de signaler, c'est l'augmentation parfois considérable du diamètre antéro-postérieur de la portion prostatique de l'urèthre ; en même temps, il y a diminution du diamètre latéral ou transverse, de telle sorte que le canal forme un passage étroit et comme crevassé, tandis que dans l'état normal les dimensions sont à peu près égales. La portion prostatique du canal subit un allongement quelquefois considérable, 10 à 25 millimètres, de telle façon que tout le canal augmente de longueur. Nous verrons plus tard l'importance pratique de cet allongement.

Un autre fait important à noter, c'est la déviation de sa direction naturelle, variable selon la forme et le degré d'hypertrophie. Si les deux lobes latéraux sont hypertrophiés, le moyen restant indemne, on ne note rien, pourvu que l'hypertrophie soit égale des deux côtés ; s'ils sont inégalement développés, le plus volumineux refoule la paroi opposée du canal en déterminant une déviation latérale de l'urèthre. Quand le lobe moyen est hypertrophié, il proémine soit du côté du canal, soit du côté de la vessie ; dans le premier cas, on note une sorte d'angle, une déviation à pic rendant le cathétérisme très difficile ; il en résulte souvent un élargissement transversal. Dans le deuxième cas, il se présente sous la forme d'une saillie en croupion de poulet s'avançant plus ou moins dans la vessie, ou sous la forme d'une barrière plus ou moins épaisse et charnue, quelquefois très volumineuse. Nous devons ajouter que ces diverses formes ne sont pas toujours nettement tranchées ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que toutes opposent un obstacle sérieux à l'écoulement de l'urine.

Déformation de l'orifice uréthro-vésical. — Chez un adulte, l'orifice uréthro-vésical, vu par l'intérieur de la vessie, se présente sous la forme d'une ouverture régulièrement arrondie ;

chez un vieillard, il n'est plus arrondi, il prend la forme d'un croissant, d'une fente transversale et horizontale plus ou moins large, et d'autant plus large que le sujet est affecté d'une hypertrophie prostatique plus ou moins étendue. Il résulte de cette disposition que l'orifice uréthro-vésical a deux lèvres, l'une inférieure, l'autre supérieure : la première n'est autre que l'une de ces valvules décrites par les auteurs sous le nom de crête sus-montanale, de barrière ; la deuxième a une importance pratique directe, car elle peut gêner le cathétérisme pratiqué en suivant la paroi supérieure de l'urèthre ; aussi a-t-on proposé, quand le bec de la sonde arrive dans la portion la plus reculée de la région prostatique, d'abandonner la paroi supérieure du canal et faire basculer le bec de la sonde, afin de ne point rencontrer la valvule supérieure.

Influence de l'hypertrophie prostatique sur la vessie. — La vessie peut être diminuée de capacité par le fait du volume parfois considérable que peut offrir le lobe moyen, mais surtout elle change de forme ; derrière le trigone soulevé par la glande, il se forme un bas-fond énorme, qui favorise la stagnation de l'urine, gêne considérablement l'exploration et la pratique de la lithotritie. En outre, la tunique musculaire devient plus forte et plus épaisse, les efforts de la contraction vésicale amenant l'épaississement des fibres musculaires ; on a noté un amincissement de ces mêmes parois avec augmentation dans la capacité de l'organe.

Etude histologique des altérations. — Chez l'enfant, le tissu glandulaire domine, à peine si l'on trouve quelques fibres musculaires ou lamineuses. Vers quarante ans, le tissu conjonctif devient plus abondant et la lobulation de la glande se prépare. Si l'on pratique une coupe de la prostate, on remarque une série de petites masses facilement énucléables, rapprochées

les unes des autres ; on les a appelées des fibromes glandulaires, parce que chacune d'elles est constituée par du tissu conjonctif et quelques fibres musculaires lisses, et d'une zone centrale formée par des culs-de-sac glandulaires dilatés. Les artérioles et les vaisseaux sont atteints d'endartérite et de périartérite ; les veines sont dilatées. Toutes ces lésions sont encore plus accusées sur une prostate hypertrophiée ; on y voit de plus le tissu fibreux se substituer en plus ou moins grande abondance au tissu glandulaire et les vaisseaux devenir athéromateux.

Les fibres musculaires de la vessie sont épaissies ; la muqueuse est turgescente; elle présente des colonnes qui font relief dans la vessie, des éraillures ; ces colonnes sont dues à l'augmentation des faisceaux musculaires et à la présence de tissu scléreux. Les vaisseaux sont gorgés de sang, les artères montrent les lésions de l'endo-périartérite.

Les uretères, les reins, sont également frappés. Ces derniers s'atrophient en règle générale chez les vieillards ; leur poids descend de 170 gram. à 100, 80 et même 60 grammes. Tantôt ils offrent un aspect pâle ; la substance glandulaire diminue d'épaisseur, quand il y a eu augmentation de sécrétion de l'urine pendant la vie; dans ce cas aussi, on remarque une dilatation des uretères et même des bassinets. Tantôt ils sont fortement injectés et mous, renfermant de petits kystes remplis de sérosité et ne communiquant pas avec les calices.

Cette dégénérescence se retrouve sur tous les autres organes ; le cœur est plus ou moins graisseux, les capillaires artériels plus ou moins athéromateux ; qu'y a-t-il d'étonnant, dans ces conditions, que les prostatiques soient tant disposés aux congestions, quand nous savons qu'il est absolument indispensable, pour que le sang circule dans les vaisseaux, que ceux-ci aient gardé leur élasticité ; tous les prostatiques sont donc athéromateux, et cette notion avait été entrevue par Brodie quand il écrivait ces lignes : « C'est quand les cheveux deviennent

gris et rares, quand les dépôts athéromateux envahissent les tuniques artérielles, quand il se forme une zone blanche au pourtour de la cornée, c'est à la même époque d'ordinaire, je devrais dire invariablement, que la prostate s'accroît en volume. » Si certains vieillards atteignent un âge avancé sans pour cela devenir prostatiques, c'est qu'ils échappent à l'athérome et l'on pourrait résumer en deux mots, sclérose et congestion, la caractéristique la plus générale de l'affection prostatique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIERE

(Personnelle)

Hypertrophie de la prostate. — Rétention complète d'urine. — Guérison complète des accidents.

Viaï, 79 ans. — Depuis un an il se lève, la nuit, au moins une fois pour uriner. Huit jours avant son entrée à l'infirmerie, il fut employé à des travaux dans un marais; pendant six jours il n'urina que par regorgement. Le 10 octobre, il fut envoyé à l'infirmerie et on constata que la peau était chaude, la langue sèche, la soif ardente. La vessie remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Une sonde à béquille en gomme, n° 18, est introduite dans la vessie, et l'urine s'écoule claire, acide ; à un moment donné, elle prend une teinte rosée ; la sonde est retirée. Le malade est sondé 3 fois par jour.

Le 12, l'urine est trouble, la fièvre continue.

14. — On laisse une sonde à demeure et l'on prescrit un julep avec 60 gr. de rhum et 4 gr. d'extrait de quinquina.

15. — Lavage de la vessie à l'acide borique et 8 capsules de térébenthine par jour.

17. — Lavage et injection intra-vésicale de solution de nitrate d'argent à 1/500.

19. — Amélioration. Urines claires, neutres.

24. — La sonde à demeure, qui avait été enlevée le 22, est

remise, le malade ayant été plus mal ; la température oscillait de 37°4 à 38°6.

Du 24 au 30, l'amélioration persiste; la sonde est enlevée le 31 octobre, l'état général est satisfaisant, le facies est bon, le malade a de l'appétit.

Le 5 novembre, le malade se sonde lui-même 3 ou 4 fois par jour. Il a recouvré la miction volontaire; mais il a besoin de la sonde pour vider complétement sa vessie.

Il reprend son travail quelques jours plus tard.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Rétention d'urine par hypertrophie de la prostate. — Fièvre urineuse. — Mort. Fongus de la vessie. — Abcès périvésical et périnéphrétique.

Teu, 71 ans. — Entré le 22 octobre 1886, mort le 1er novembre. Le malade est employé à fabriquer des paniers au bagne; il exerce donc une profession sédentaire. Pas de maladies vénériennes, pas d'exagération autrefois dans la fréquence des relations sexuelles. Depuis une quinzaine d'années, Teu se relève au moins 2 fois par nuit pour uriner; depuis un peu moins d'un an, il se lève 8 ou 10 fois. Dans la journée, surtout le matin, il se trouve beaucoup mieux. La miction depuis longtemps déjà n'est plus suivie d'un soulagement complet et l'impulsion du jet est diminuée ; dans les derniers mois, l'urine sortait d'abord en bavant, puis goutte à goutte. Depuis six semaines, les mictions durent dix minutes, exigent des efforts violents, s'accompagnent souvent de l'expulsion des matières fécales. La verge, pendant ces efforts, devient turgide. Depuis trois semaines, il y a de l'incon-

tinence nocturne ; le même accident se produit dans la journée depuis 8 ou 10 jours. Il y a 4 ou 5 jours, le malade n'urine plus que par regorgement. La rétention n'a jamais été complète. L'appétit est médiocre, il n'existe ni gastralgie, ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation.

Le 22 octobre, à l'examen du malade, on note les symptômes suivants : facies grippé, tension pénible dans le bas-ventre, douleur occupant l'hypogastre et de là s'irradiant en suivant le trajet des uretères jusque dans la région lombaire ; cette douleur s'exaspère au moment de la miction, se propage du côté des testicules et le scrotum se rétracte fortement. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Langue blanchâtre, un peu collante. Rien au cœur. On introduit une sonde à béquille en gomme, et l'on retire environ 400 grammes d'urine claire et acide. Le malade est sondé 3 fois dans la journée, mais la vessie n'est jamais entièrement vidée. — Julep avec rhum et extrait de quinquina.

24. — Lavage de la vessie, sonde à demeure, 4 capsules de térébenthine. Frisson. Le thermomètre monte à 40°.

A partir de ce jour la température ne descend jamais au-dessous de 38 ; la langue devient rouge, sèche.

Le 29, la diarrhée est abondante, l'urine fétide.

Le 30, l'état est déplorable.

Le 31, langue fuligineuse, délire. Urine infecte, noire, gaz dans la vessie. La sonde joue comme si la cloison recto-vésicale était perforée. Bourses œdémateuses, luisantes. Bas-ventre très douloureux, empâtement au-dessus du pubis. Il est probable que l'urine s'est infiltrée dans le tissu cellulaire du petit bassin.

1^er^ novembre. — Mort à 7 heures du soir.

Autopsie pratiquée le 2 novembre. — On constate une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, princi-

palement en avant. Il y a à gauche de la symphyse pubienne un abcès périvésical communiquant avec la vessie et ouvert dans le péritoine. La prostate est assez volumineuse. La vessie est de moyenne grandeur, la paroi interne est tapissée dans presque toute son étendue de houppes fongueuses, recouvertes d'une couche de détritus caséeux, grisâtre, semblable à du mastic, d'odeur infecte.

Rein droit de volume normal, congestionné, renfermant 2 ou 3 petits abcès.

Uretères et bassinets un peu dilatés.

Le rein gauche est entouré d'un vaste abcès périnéphrétique gangréneux.

OBSERVATION III

(Dr Rousselin)

Rétention d'urine par hypertrophie de la prostate. — Fièvre urineuse. Mort. — Fongus de la vessie. — Cellules vésicales. — Néphrite suppurée.

C... (A.), 66 ans. Entré à l'hôpital civil de Brest le 4 février 1885, mort le 18.

Depuis 6 mois, le malade urine autant le jour que la nuit; il y a de l'incontinence nocturne; les efforts les plus violents n'amènent la sortie de l'urine que goutte à goutte. Depuis un mois la bouche est pâteuse, mauvaise, l'haleine fétide, la soif des plus vives.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital. — Vieillard débilité, amaigri; peau jaune paille, langue sèche et collante. Dans la région hypogastrique, tuméfaction dirigée un peu à droite et formée par la vessie distendue. On introduit assez facilement

une sonde à béquille, laquelle éprouve un léger obstacle dans la région membraneuse ; la vessie est à peu près vidée, l'urine est claire, acide.

6 février. — 2 cathétérismes dans la journée, accompagnés de soulagement ; la vessie se remplit très vite.

Du 8 au 10, rien à noter.

Le 12, frisson, urine trouble, toujours acide ; la vessie peu contractile ne se vide bien que par une pression sur l'hypogastre. — Lavage.

14. — Pas de fièvre, langue sèche ; la vessie saigne facilement ; soir T. 40°2, frisson violent. — Thé au rhum, sulfate de quinine.

16. — L'urine est alcaline. T. 38°2. Les urines sont fétides ; le ventre est un peu ballonné, pas de diarrhée ; langue sèche, traits tirés ; la vessie contient peu d'urine. — Lavage, thé au rhum, potion avec extrait de quina. Vin de Bordeaux. Ventouses sèches sur la région rénale.

17. — Délire, agitation, tremblement, respiration stertoreuse. Peu d'urine dans la vessie.

18. — Mort.

Autopsie. — Prostate régulièrement hypertrophiée, sans saillie marquée du lobe médian. Quelques houppes fongueuses aux environs du col vésical. Vessie dilatée. Grande cellule vésicale du volume d'un œuf de poule ; son orifice admet le passage du doigt et se trouve au-dessus de l'embouchure de l'uretère droit. Dépressions nombreuses de la muqueuse et invagination de celle-ci entre ses colonnes.

Les uretères, les bassinets et les calices sont très dilatés. Les reins sont gros, leur substance corticale est atrophiée et semée d'une multitude de petits abcès gros comme un grain de chénevis. Cœur gros et mou sans lésions valvulaires.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du Dr Périnel)

B. S..., 65 ans, fait appeler le Dr Périnel, le 8 juillet 1886; il prétend avoir de la rétention, depuis le 1er du mois seulement; il urine par regorgement, la langue est sèche, il n'y a ni fièvre, ni diarrhée. Etat somnolent, torpeur intellectuelle. La vessie remonte au-dessus de l'ombilic et s'incline un peu à droite. Plusieurs tentatives de cathétérisme avaient été faites sans succès; le Dr Périnel introduit une sonde coudée qui pénètre, après avoir subi un temps d'arrêt en arrivant au col, et retire 2 litres d'une urine parfaitement claire.

Le lendemain 9 juillet, 3 cathétérismes.

10. — Le malade meurt en syncope, à 4 heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

Ce qui ressort de ces observations et d'autres que nous pourrions publier, c'est la rapidité avec laquelle les malades sont enlevés, quand la lésion est avancée.

DIAGNOSTIC

Si l'on a égard aux circonstances que nous avons mentionnées précédemment et aux malades atteints de cette affection, le diagnostic de l'hypertrophie prostatique en général ne sera pas difficile ; mais il devient plus compliqué lorsqu'il s'agit, l'existence de la maladie étant reconnue, de déterminer quelle est sa forme, à quelle période elle en est, quel est l'état anatomique de chacune des parties des voies urinaires, s'il y a des complications et comment l'économie s'est comportée. Il faut encore différencier l'hypertrophie prostatique des diverses maladies qui offrent avec elle plus ou moins de ressemblance.

La fréquence de la miction est importante à noter ; nous avons vu, quand nous avons étudié les symptômes, qu'au début les malades avaient besoin de vider leur vessie principalement la nuit ; plus tard les besoins se font sentir pendant le jour, détail qu'il est nécessaire de retenir, car cette fréquence des envies d'uriner pendant la journée indique un état plus avancé de la lésion prostatique. L'exploration directe de la vessie se fera à l'aide de la percussion, de la palpation hypogastrique et du toucher rectal.

Nous ne décrirons pas en détail la manière de pratiquer ces diverses manœuvres ; il suffit d'avoir fréquenté les cliniques pour être à même de connaître les renseignements que l'on peut en obtenir ; tout le monde sait qu'il est de règle de relâcher autant que possible les muscles droits de l'abdomen qui seraient capables de donner de fausses sensations, et quant au toucher rectal, manœuvre si bien décrite par Mercier, il

exige, pour être fructueux dans l'exploration de la vessie, que le malade soit couché sur le dos. Nous avons pu ainsi, sur divers malades de notre service, apprécier, en combinant la palpation hypogastrique avec le toucher, la quantité d'urine contenue dans la vessie et juger du plus ou moins de distension de cet organe.

L'incontinence que nous savons être le résultat de la rétention, la polyurie et les troubles digestifs, les dyspepsies, les vomissements, la langue urinaire indiquent que la maladie est arrivée à la dernière période.

Ce n'est pas tout d'avoir diagnostiqué la période de la maladie : il reste à reconnaître l'état de la prostate, de la vessie et des reins. Quand nous avons étudié l'anatomie de la prostate, nous avons vu qu'elle est accolée à la paroi du rectum ; donc toute déformation de la glande se traduira par une déformation de la paroi rectale que le toucher permettra d'apprécier. En effet, le doigt introduit dans le rectum, la pulpe en avant, sent parfaitement les bosselures de la prostate à travers l'intestin ; cependant il faut qu'une condition soit remplie, c'est que le volume de la glande soit augmenté du côté de l'intestin ; le doigt ne peut pas du tout reconnaître les déformations du canal et de la vessie qui peuvent être la conséquence de l'hypertrophie. Le doigt introduit dans le rectum permet d'apprécier la consistance des parties, qui peuvent être dures ou molles et inégales, de noter la position des branches des artères hémorroïdales qui se trouvent de chaque côté de la ligne médiane. Il fait reconnaître la présence des calculs prostatiques, quand ils sont volumineux, nombreux et situés près des parois du rectum ; il éprouve alors une sensation de frottement très appréciable, surtout si avec un cathéter on déprime le bas-fond de la vessie. On recherchera encore le siège, le degré de la douleur, et la sensibilité à la pression, car dans l'inflammation de la prostate, elles deviennent toutes deux extrêmes en même

temps qu'on observe une certaine tension et la chaleur dans ces parties ; mais il est préférable d'employer le mode d'exploration conseillé par le professeur Nélaton, c'est-à-dire la palpation jointe au toucher rectal pour connaître la hauteur de la prostate. Pour reconnaître l'état du canal, on se sert de l'explorateur à boule olivaire, qui vaut mieux, d'après le professeur Guyon, qu'aucun instrument. « On a pensé qu'un instrument métallique à petite courbure destiné à manœuvrer dans la région prostatique du canal comme la sonde dans la vessie pourrait rendre de grands services. Il n'en est rien. Aucun instrument n'égale l'explorateur en gomme, qui donne des notions exactes sur la longueur et les déformations de la région prostatique. » La région prostatique étant entre la région membraneuse de l'urèthre et la vessie, on sent parfaitement, quand la main est suffisamment exercée, le moment où l'explorateur s'y engage et le moment où il est dans la vessie ; le temps que l'on a mis à faire parcourir à la sonde la région donnera une idée exacte de la longueur du canal. Quant aux déformations, elles se traduisent par la facilité plus ou moins grande avec laquelle l'explorateur pénètre et par les déviations que subit l'extrémité, à droite ou à gauche, au fur et à mesure de la progression.

Il s'agit maintenant d'explorer la vessie. Voici ce que dit à ce sujet le chirurgien de l'hôpital Necker : « J'ai fait construire des sondes pleines qui ont l'avantage de n'avoir ni œil capable de blesser le canal, ni lumière difficile à entretenir dans un état parfait de propreté. Ces instruments seront donc toujours aseptiques. De plus, ils offrent un poids un peu plus considérable que celui des tiges creuses, ce qui facilite leur introduction.

» Comme ces sondes n'ont pas encore été décrites, je profite de l'occasion qui se présente maintenant de vous en parler. J'en ai fait construire par M. Collin plusieurs modèles, de

dimensions inégales, mais de forme absolument identique. Ils portent les nos 1, 2, 3 et 4. Le n° 1 est un explorateur pour enfants ; le n° 2 est celui dont vous aurez le plus habituellement à vous servir. Il convient à la plupart des sujets et peut même passer à travers un urèthre prostatique modifié par l'hypertrophie de la glande qui l'entoure. Cependant sa courbure courte, très favorable à l'exploration, l'est beaucoup moins à la pénétration. Aussi est-il nécessaire d'avoir à sa disposition une courbure plus longue. C'est ce que réalisent les nos 3 et 4. Celui-ci mesure 34 millimètres de bec, tandis que le n° 2 n'en a que 20. Il m'a souvent permis d'opérer facilement une longue traversée prostatique et de bien explorer un bas-fond très déprimé. C'est un instrument dont j'hésite d'autant moins à vous recommander l'emploi que j'ai eu bien souvent des échecs ou de grandes difficultés avec des explorateurs à bec plus court... Une expérience déjà bien longue me permet d'affirmer que vous ne serez dans de bonnes conditions pour réduire à leur minimum les difficultés de l'exploration que si vous êtes munis non d'un explorateur, mais d'une série d'explorateurs. Après avoir étudié le canal avec la bougie en gomme à extrémité olivaire, c'est-à-dire avec l'explorateur de l'urèthre, vous choisirez en toute connaissance de cause l'explorateur de la vessie le mieux adapté à l'urèthre que vous aurez à parcourir.

» Ce qui caractérise ces explorateurs, au point de vue de la construction, c'est la forme du bec. Très régulièrement aplati, il s'élargit jusqu'à son extrémité et se termine par un renflement. Il est construit de manière à offrir des points de contact étendus et une grande douceur de toucher. Il rappelle la forme des lithotriteurs à mors plats.

» Le bec forme avec la tige une courbure assez brusque, presque une coudure à angle droit, un peu plus ouverte cependant, car cette disposition facilite l'introduction. La tige est

plus mince que le bec, de manière à se mouvoir sans frottements dans le canal et à transmettre, sans les altérer, les impressions directement recueillies par le bec. Enfin le pavillon se termine par une sorte de poignée commode à saisir et dont le poids rend plus facile la progression de l'instrument. »

Cet explorateur spécial fait connaître les reliefs proéminant dans la cavité vésicale, le diamètre antéro-postérieur du réservoir urinaire, la souplesse et la sensibilité de ses parois. La puissance contractile de la vessie ne peut être appréciée qu'en supprimant au moyen d'une sonde l'obstacle prostatique ; la manière dont l'urine s'échappe par la sonde fixe le praticien à cet égard ; encore faut-il tenir compte de la tendance que la vessie distendue a à revenir sur elle-même et à expulser son contenu. En d'autres termes, on doit ne pas confondre l'élasticité et la contractilité.

Nous savons que rarement l'hypertrophie prostatique est une maladie simple. Le diagnostic des complications est heureusement facile. La cystite, l'hématurie, les néphrites ont des caractères tellement tranchés qu'elles s'imposent en quelque sorte d'elles-mêmes. Nous avons étudié en détail ces complications après les symptômes ; nous n'y reviendrons pas. Il suffit d'être prévenu pour chercher de ce côté et trouver aisément ce qui entrave la maladie.

Il nous reste à parler des maladies qui peuvent ressembler à l'hypertrophie prostatique et qu'il est nécessaire de différencier. On peut d'abord éliminer aisément la paralysie vésicale qui se distingue de l'hypertrophie avec rétention, en ce que dans le 1er cas l'urine ne sort pas en jet tout d'abord ou, si cela a lieu, ce n'est que pour un instant, car il y a arrêt de ce jet et même l'écoulement n'a lieu qu'incomplètement. De plus, la paralysie de la vessie est le plus souvent liée à une lésion des centres nerveux, dont les effets retentissent aussi sur les membres inférieurs et les organes voisins. Il est difficile de rencontrer

des paralysies bornées à la vessie seulement, bien qu'on emploie souvent ce mot pour désigner le fait, sans s'occuper de la cause.

Les rétrécissements de l'urèthre, les calculs vésicaux, les tumeurs de la vessie, l'atonie simple de la vessie ou l'inertie de ses parois peuvent donner lieu à quelques erreurs. Dans les rétrécissements, le jet de l'urine est toujours invariablement faible ; dans l'hypertrophie, bien qu'il diminue en force, le volume varie moins que dans les cas précédents. L'emploi de l'explorateur en gomme à extrémité olivaire permet de trancher la question. Dans les rétrécissements, l'obstacle se rencontre avant qu'on ait fait pénétrer l'instrument à plus de 14 cent., c'est-à-dire avant d'arriver à la portion prostatique ; dans l'hypertrophie, au contraire, cela n'a lieu qu'à 16 ou 18 cent. De plus les rétrécissements surviennent plutôt avant l'âge avancé, tandis que le contraire est la règle générale pour l'hypertrophie.

A l'égard des calculs, bien que beaucoup de symptômes soient communs à ces deux maladies, l'arrêt subit dans le jet de l'urine, de vives douleurs après la miction, l'exacerbation des symptômes et l'apparition d'un peu de sang après une promenade à cheval ou en voiture, peuvent être regardés comme indiquant fortement l'existence de calculs dans la vessie ; mais leur existence peut être méconnue par l'absence des symptômes, parce que les calculs siègent habituellement derrière la partie hypertrophiée et ne gênent pas sensiblement l'orifice uréthro-vésical. Le meilleur signe pathognomonique est l'écoulement d'un peu de sang non mélangé de matières étrangères. Un écoulement persistant de muco-pus filant dans l'urine pourra donner quelques soupçons sur une hypertrophie : mais l'emploi de la sonde éclaircira la question d'une manière satisfaisante.

L'existence d'une tumeur dans la vessie est moins facile à démontrer. Comparée à l'hypertrophie, elle donne lieu à plus

de douleurs et à une sensibilité extrême dans l'introduction des sondes ; l'urine est toujours accompagnée d'un écoulement sanieux et floconneux, auquel on voit s'ajouter quelques matières sablonneuses, dont l'examen microscopique fait reconnaître la structure d'une production villeuse et des matières organisées. La sonde pleine donnera tous les renseignements nécessaires là-dessus.

Une ou plusieurs rétentions d'urine volontaires sont quelquefois suivies d'atonie ou d'inertie des muscles de la vessie ; il en résulte un état de rétention chronique, par l'inhabileté qu'a contractée la vessie à expulser son contenu. Cette condition ressemble bien à la rétention produite par l'hypertrophie prostatique et exige pendant un certain temps l'emploi fréquent du cathéter. Dans ce cas, l'absence de signes positifs, l'apparition soudaine, sa liaison avec une cause connue du malade, enfin le peu de pouvoir d'uriner même après l'introduction d'une sonde seront des signes suffisants pour distinguer l'affection. Ce fait se trouve indiqué de la façon la plus nette dans une observation d'Ambroise Paré : il s'agit d'un jeune serviteur qui, portant en croupe une honneste damoiselle, résista au besoin d'uriner ; puis, quand il voulut le faire, il ne le put ; on le sonda, on retira une grande quantité d'urine et il ne se ressentit plus de cet accident. Dans le cas d'hypertrophie prostatique, l'urine coule souvent avec une force considérable, après qu'on a fait pénétrer un cathéter et le malade peut facilement en accélérer le jet à volonté, à moins qu'il n'y ait atonie après distension de la vessie.

PRONOSTIC

Le pronostic de cette affection est extrêmement variable, puisqu'elle peut être latente, nous voulons dire sans effet sur la santé et qu'elle est quelquefois mortelle. Cependant dans un degré intermédiaire, les douleurs, mais surtout le désordre qu'elle occasionne dans l'excrétion urinaire, en font, dans le cas de rétention, une maladie qui peut avoir des suites fâcheuses ; dans le cas d'incontinence, une triste et dégoûtante infirmité.

Néanmoins, il est assez fréquent de voir des vieillards affectés, depuis de nombreuses années, de gonflement prostatique et, pour notre part, nous en avons observé des exemples bien avérés, vivre fort longtemps en ayant recours à des soins hygiéniques assidus. Ce qui contribue à atténuer, dans la majorité des cas, les fâcheux effets qui surviennent par l'obstacle à l'émission des urines, c'est que l'hypertrophie, différente des tumeurs malignes dont la dégénérescence et l'infection générale qu'elles portent dans toute l'économie abrègent rapiment la vie des malades, l'hypertrophie, dis-je, ne réagit nullement sur la santé et n'offre de dangers que par les troubles qui surviennent dans les organes voisins et les accidents qui peuvent en être la conséquence. En effet, dans la première période de la maladie, les phénomènes sont peu marqués ; mais lorsque, dans un degré très avancé, la vessie, par suite d'une gêne répétée dans son action mécanique, s'est amincie

ou est devenue charnue, après avoir perdu son élasticité, on voit alors apparaître les complications que nous avons déjà signalées, catarrhe vésical, cystite, néphrite ; les urines deviennent rapidement purulentes, la fièvre hectique s'empare des malades, les plonge dans les derniers degrés du marasme et les conduit bientôt au tombeau.

TRAITEMENT

Nous ne saurions mieux faire, au début de ce chapitre, que de citer textuellement les lignes suivantes du professeur Guyon : « Vous m'avez entendu, à bien des reprises, insister sur la tendance toute particulière aux congestions que présentent la plupart des prostatiques à toutes les périodes. La congestion est, chez eux, la caractéristique physiologique, comme la sclérose est leur caractéristique anatomique. C'est elle qui domine la symptomatologie, qui prépare les complications et qui, souvent, donne le signal de leur apparition. Aussi n'aurez-vous aucune peine à comprendre qu'elle doit s'imposer en première ligne aux préoccupations du chirurgien. Or, si le traitement chirurgical, si le cathétérisme évacuateur qui en est le principal agent, peut, dans certains cas, très-utilement combattre cet élément congestif, il faut reconnaître qu'il ne réussit pas toujours et qu'il ne saurait être indistinctement appliqué à tous les malades. Au contraire, c'est par le traitement hygiénique et médical que vous aurez l'action la plus générale ; je ne crains pas d'affirmer que, sans lui, les mesures chirurgicales les plus utiles ne donneraient bien souvent que des résultats incomplets ; je vais plus loin même en vous déclarant que c'est à la suite d'infractions graves à ses règles que beaucoup de prostatiques sont brusquement enlevés par des complications. C'est assez vous dire combien j'attache d'importance à cette partie de la question. »

Nous diviserons notre chapitre en cinq paragraphes : dans le premier, nous exposerons les soins hygiéniques que l'on doit

donner aux prostatiques et le traitement médical ; dans le second, nous étudierons le traitement de la rétention ; dans le troisième, celui de la rétention chronique, incomplète avec distension ; le quatrième sera consacré aux moyens d'atténuer les complications ; nous dirons un mot, dans le cinquième, de ce que l'on doit entendre par traitement radical et ce que l'on peut en espérer.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL

Quand nous avons exposé les symptômes de l'hypertrophie prostatique nous avons vu combien est grande la susceptibilité des malades à l'égard de toutes les causes plus ou moins puissantes de congestion : nous avons vu l'influence funeste des refroidissements, de la retenue volontaire de l'urine, des excès vénériens, des excès de table, du sommeil trop prolongé, etc.

Et déjà nous avons pu poser les préliminaires d'un traitement médical.

Tout ce qui est susceptible d'augmenter la congestion de l'organe étant nuisible doit, pour cette raison, être rigoureusement prohibé, être soigneusement surveillé. Avant tout, on ne saurait trop conseiller aux malades de veiller avec la plus sérieuse attention à ne pas s'exposer au froid ; non pas pour se guérir, ce serait une illusion par trop grande que de le croire, mais du moins pour ne pas aggraver un état déjà grave par lui-même. Rappelons-nous ce malade qui, pour avoir mis des vêtements plus légers au mois de juillet, fut atteint d'une cystite persistante. Le mot *refroidissement* doit être pris par les prostatiques dans son acception la plus large : aucune partie du corps ne peut impunément être exposée au froid ; or, comme ils sont obligés de se lever la nuit fréquemment pour vider leur vessie, ils doivent avoir grand soin, avant de le

faire, de se couvrir. Les courants d'air, le froid aux pieds, le passage brusque d'une atmosphère chaude dans une autre plus froide, l'humidité des vêtements après la pluie, doivent être soigneusement évités.

Il en est de même des écarts de régime, qui sont impitoyablement défendus aux prostatiques, et cela pour plusieurs raisons : la première est la congestion qu'entraînent, vers le gros intestin et la vessie, les aliments et les boissons pris en trop grande quantité ; la deuxième est l'abondance de la sécrétion urinaire après l'ingestion de beaucoup de liquide, que ce liquide soit riche en alcool ou qu'il soit simplement aqueux, et, à ce propos, disons que les saisons d'eaux ne valent rien à nos malades ; ils boivent trop et il faut pour éliminer toute cette eau un travail considérable de la part des reins, qui ne sont que trop disposés à protester contre cette exagération de travail. D'ailleurs les prostatiques ne doivent pas résister aux injonctions de leur vessie ; ses commandements sont impérieux et doivent être immédiatement exécutés. C'est pour cela qu'ils devront éviter les voyages, les longues courses, l'équitation, situations dans lesquelles ils pourraient ne pas être en état de satisfaire leurs fréquents besoins d'uriner.

Les excès vénériens seront évités ; il suffit de les mentionner sans qu'il soit nécessaire d'insister sur l'apport considérable de sang qui se fait dans le petit bassin sous l'influence de l'excitation génitale.

Nous avons déjà dit combien les prostatiques ont à se méfier des purgatifs, capables de congestionner le gros intestin et les organes qui l'entourent.

Cependant, s'il était nécessaire de combattre une constipation fâcheuse par la fluxion des viscères intra-pelviens, on prescrirait les médicaments qui réussissent aux hémorroïdaires, la podophylle, le capsicum ou encore des lavements émollients, mucilagineux.

On surveillera en même temps les fonctions de la peau, on conseillera l'usage de la flanelle et on favorisera la perspiration cutanée par quelques frictions avec des gants de crin. Quelques promenades, un exercice modéré, ne seront pas nuisibles. Il faut, en un mot, s'efforcer de maintenir toutes les fonctions dans l'état de santé. On n'oubliera pas également de surveiller l'état mental des malades : on leur procurera des distractions de toutes sortes, on évitera de leur causer des ennuis, on devra toujours tenir leur esprit éloigné de l'objet de leurs tourments.

Tous ces soins sont des soins préventifs ; mais s'il survenait une prostatite aiguë à la suite de l'impression du froid ou de l'humidité, après des excès de quelque nature qu'ils soient, si les difficultés d'uriner augmentaient et s'accompagnaient d'accidents fébriles, d'écoulement d'urine sanguino-purulente, on calmerait ces accidents par le repos au lit, les cataplasmes opiacés, de légers laxatifs. On prescrirait en même temps des bains de siège en recommandant aux malades de ne pas les prendre trop chauds, ni d'y rester plus de 10 à 15 minutes, c'est-à-dire le temps suffisant pour amener une dérivation à la peau et fluxionner les capillaires sanguins, mais sans toutefois congestionner les viscères du petit bassin. Peut-être serait-on en droit d'appliquer des sangsues sur la prostate par le rectum, moyen conseillé par Bégin, mais d'une application difficile et douloureuse : en général, comme ce sont des vieillards, on ne devra pas abuser des saignées soit générales, soit même locales.

Le traitement médical proprement dit est réduit à de bien pauvres ressources

Ceux qui, avec J.-L. Petit, Vidal (de Cassis), ont vu dans l'hypertrophie de la prostate un résultat de la vérole, ont employé les mercuriaux à l'intérieur, les suppositoires dans le

rectum, les frictions au périnée et à la partie interne des cuisses.

J. Hunter dit avoir retiré de bons résultats de la ciguë et des bains de mer ; Coulson a également vanté la ciguë unie à l'iodure de potassium.

L'hydrochlorate d'ammoniaque à haute dose a acquis en Allemagne une grande réputation entre les mains du Dr Fischer, de Dresde, qui l'a prôné en 1821, et depuis, Durand-Fardel rapporte même deux observations intéressantes de Vanoye, qui a donné ce sel et paraît en avoir retiré de très bons effets. Son traitement n'empêche pas les autres indications ; seulement il faut donner le médicament à haute dose et en surveiller les effets.

Par analogie, l'iodure de potassium et ses combinaisons ont été également essayés pour résoudre l'hypertrophie de la prostate, par Strafford en 1840 et 1845 ; dans ce but, cet auteur conseillait des suppositoires ou des applications sur la muqueuse uréthrale, ou même il le donnait à l'intérieur. Si l'on veut suivre cette méthode, il faut pendant des mois, et même des années, donner l'iodure de potassium ou de sodium à la dose de 50 centigr. à 1 gram. quinze jours ou trois semaines tous les mois.

Les eaux de Kreusnach en Allemagne, qui sont iodo-bromurées et qui doivent leurs succès aux guérisons des maladies de l'utérus, ont été recommandées dans les affections de la prostate par le Dr Prieger, en bains, en lavements. Il est vrai de dire qu'on a atténué les symptômes ; mais on n'a pas d'observations de guérisons de tumeurs prostatiques.

Les applications calmantes de belladone, de jusquiame, les préparations de valériane, seront employées contre l'élément douleur ; le seigle, l'ergotine, la noix vomique rendront de grands services contre la congestion.

TRAITEMENT DE LA RÉTENTION

Il faut évacuer par la sonde toute vessie qui ne parvient pas à se débarrasser complètement de son contenu ; le cathétérisme est formellement indiqué toutes les fois que l'évacuation commence à être incomplète. Ces deux préceptes doivent dominer toute la thérapeutique à suivre vis-à-vis des prostatiques arrivés à cette période.

Nous ne rappellerons pas ici les manœuvres à exécuter; elles sont trop connues et ont été du reste trop bien décrites dans les ouvrages classiques pour y revenir de nouveau; le choix de l'instrument aura été déterminé par la façon dont l'explorateur à boule olivaire que l'on a employé pour le diagnostic pénètre dans la vessie. On commencera, si le canal est libre, par la sonde en caoutchouc vulcanisé de Nélaton, en ayant soin de suivre la paroi supérieure de l'urèthre, afin d'éviter le plus possible la présence des tumeurs de la prostate qui siègent le plus ordinairement à la partie inférieure du canal.On procèdera toujours avec une très grande lenteur et une prudence extrême ; en agissant ainsi, on voit très souvent la sonde prendre d'elle-même la direction convenable.

Dans la très grande majorité des cas, il est préférable de se servir de sondes en gomme élastique, coudées ; tous les chirurgiens ont reconnu les avantages qu'elles ont sur les sondes métalliques à courbure fixe et invariable. Cependant nous verrons qu'il est des circonstances où elles sont indispensables, où sans elles il serait quelquefois impossible de pénétrer dans la vessie.

On sait que dans l'hypertrophie de la prostate, la vessie se déplace et vient occuper une plus large place dans le grand bassin. Cette ascension ne se borne pas à la vessie; elle se

montre aussi dans la prostate et la portion uréthrale correspondante. Appuyée sur l'aponévrose périnéale moyenne, la prostate, en augmentant de volume, ne peut se développer du côté de la région périnéale; elle est donc obligée de reculer en arrière ; mais, retenue par les ligaments pubio-vésicaux, elle remonte derrière la symphyse pubienne. De là résulte nécessairement une ascension et une déviation de la portion prostatique de l'urèthre. Dans ces cas, le cathétérisme doit subir des modifications : pour pouvoir pénétrer jusque dans la cavité vésicale, il faut se servir de sondes métalliques dont la courbure appartiendra à un cercle de 10 à 11 centim. de diamètre et dont la longueur mesurera au moins le tiers de la circonférence, Velpeau, Bérard ayant rapporté des cas où la portion prostatique s'était allongée d'une dizaine de centimètres. C'est l'instrument désigné sous le nom de sonde de Gély, la sonde coudée étant celle de Mercier.

On a vanté l'emploi des sondes volumineuses ; elles auraient l'avantage d'être introduites plus facilement et d'évacuer de même le contenu de la vessie. Mieux vaut se servir des sondes n^{os} 16 ou 17 tout au plus, même des n^{os} 14 ou 15.

Quel que soit l'instrument que l'on ait choisi, il faut toujours, en l'introduisant, avoir présent à l'esprit qu'on a affaire à un canal dévié et présentant inévitablement des obstacles, parfois très difficiles à surmonter. Si ces obstacles s'opposaient absolument au cathétérisme, on n'aurait d'autre ressource, pour vider la vessie, que de pratiquer la ponction capillaire sus-pubienne, qui fait disparaître les accidents de la rétention complète et prépare la prochaine pénétration des instruments par le canal.

Lorsque la sonde est parvenue dans la vessie, et qu'on a évacué l'urine, que reste-t-il à faire? Doit-on laisser l'instrument à demeure ou l'introduire chaque fois que le malade éprouve le besoin d'uriner? Cette question a été différemment résolue

par les auteurs. Les partisans de la sonde à demeure pensent qu'en permettant à la vessie de rester vide on lui rendrait la contractilité qu'elle a perdue par une distension forcée ; il est préférable d'admettre que la sonde a le grand avantage de ne pas laisser stagner dans la vessie l'urine, qui acquiert bientôt des propriétés irritantes. En règle, le cathétérisme répété doit être préféré. Et comme les malades doivent vider la vessie aussitôt qu'elle commande, ils apprendront à se sonder eux-mêmes; après quelques tentatives ils se serviront de leur sonde mieux que personne et possèderont de plus l'avantage de pouvoir se rendre compte des sensations qu'ils éprouvent dans le canal de l'urèthre.

Recommandation importante à leur faire : il faudra leur conseiller de ne jamais faire d'efforts pour uriner ; ils devront laisser la vessie se vider d'elle-même, et ensuite aider ses contractions par les efforts des muscles abdominaux.

L'effet immédiat du cathétérisme est de procurer aux malades un sentiment de bien-être indescriptible, de calmer leurs souffrances et faire disparaître l'irritation qui les tourmentait auparavant : malheureusement ce soulagement n'est que temporaire et des besoins impérieux reparaissent au bout de quelques heures.

Si l'on jugeait indispensable de laisser une sonde à demeure, on la choisirait pas trop grosse, afin qu'elle n'exerçât de pression en aucun point ; on ne l'enfoncerait pas trop ; elle serait fixée autour de la verge et bouchée avec un petit fausset que le malade enlèverait chaque fois qu'il sentirait le besoin d'uriner. Il faut changer la sonde tous les quatre ou cinq jours, et la supprimer dès que le cathétérisme répété devient possible.

TRAITEMENT DE LA RÉTENTION CHRONIQUE INCOMPLÈTE AVEC DISTENSION

Les malades arrivés à cette période de l'évolution hypertrophique sont excessivement délicats au point de vue du cathétérisme ; il faut les traiter avec la plus grande douceur, et encore on se trouve parfois en présence de complications qui sont survenues à la suite d'une évacuation vésicale des mieux faites. D'un autre côté, le médecin ne saurait, sans manquer gravement à tous ses devoirs, rester inactif et voir son malade dépérir chaque jour, miné par l'empoisonnement urineux, et aboutir à la terminaison fatale. Si quelques vieillards ont été emportés par des complications nées après le cathétérisme, combien d'autres n'ont-ils pas vécu, grâce uniquement à l'absence dans leur vessie d'une urine nuisible ! La sécurité dont ils jouissent n'est que trompeuse : ils urinent sans peine, c'est vrai; mais nous savons ce que signifie cet écoulement facile de l'urine ; il indique que la vessie est pleine au maximum et qu'elle garde toujours un liquide qui finira par emporter le malade. Quand donc faut-il intervenir et comment faut-il intervenir ? On a le devoir d'intervenir quand le malade, soumis à un traitement hygiénique et médical approprié, réagit convenablement et gagne de jour en jour des forces. C'est du côté des voies digestives que l'on doit trouver le critérium nécessaire. Nous avons vu, en étudiant la symptomatologie, combien sont fréquents les troubles digestifs, les dyspepsies, les vomissements ; quand tous ces troubles auront disparu par l'emploi méthodique de moyens appropriés, le moment sera venu d'agir. Mais si le malade ne réagit pas, si au lieu de gagner du terrain, il en perd tous les jours, ce serait un crime que de comp-

ter sur la sonde pour le guérir ; en employant cet instrument, on précipiterait sa marche vers le tombeau.

Supposons un cas favorable, comment dirigerons-nous le traitement ? Une règle s'impose au chirurgien. Il faut avant tout éviter ce qui peut amener l'inflammation des organes génito-urinaires. Rappelons que l'on a affaire à des malades avancés, que tous les viscères pelviens sont gorgés de sang, et comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, de la congestion à l'inflammation il n'y a qu'un pas ; ce pas est bien vite franchi dans certains cas. Nous n'avons pas besoin de dire le rôle que jouent les micro-organismes dans la pathogénie des inflammations suppuratives ; or, ici nous sommes en présence d'organes ne demandant qu'à faire du pus; si les instruments ne sont pas d'une propreté parfaite, si la vessie, le canal de l'urèthre ne sont pas complètement aseptiques, la purulence ne tardera pas à se manifester, le pus gagnera les uretères, les reins, et infectera bientôt toute l'économie. Donc, avant tout, asepsie absolue de tout ce qui touche le réservoir urinaire. Nous emploierons volontiers le procédé que nous voyons mettre en usage chaque jour à la clinique de l'hôpital St-Eloi, pour aseptiser les instruments.

Le cathéter est trempé dans l'alcool, on le retire rempli de liquide, auquel on met le feu ; ensuite on le plonge dans de l'huile phéniquée à 1/10e ou à 1/15e pour le refroidir et faciliter à la fois son glissement ; au lieu d'huile on peut se servir de vaseline iodoformée. La sonde, qui ne sera pas trop volumineuse, n° 15 ou 16, sera introduite lentement jusque dans la vessie ; mais là il faut se garder de procéder d'emblée, en une seule séance, à une évacuation complète ; il faut, au début du traitement, ne faire sortir de la vessie que ce qui a assez de force pour s'échapper en jet. Cette précaution est capitale, car si l'on venait à vider la vessie, habituée à la distension, on appellerait par cela même dans sa muqueuse une quantité

considérable de sang, et nous savons les conséquences graves de cet afflux exagéré des globules sanguins. Pour cette raison, d'ailleurs, il est bon de remplacer la quantité d'urine évacuée par une solution d'acide borique à 2 p. 100 ; on abandonne ce liquide antiseptique dans la vessie pour prévenir la décomposition ammoniacale ; au cas où celle-ci se produirait, au lieu d'une injection on en ferait plusieurs et on laverait ainsi complètement la cavité vésicale. Le canal lui-même sera lavé, ce que l'on fait en poussant le piston de la seringue pendant que l'on retire la sonde Nous avons souvent entendu M. le professeur Chalot insister sur la nécessité de l'asepsie complète du cathétérisme ; pour lui, non-seulement l'intérieur, mais encore l'extérieur doit être débarrassé des germes infectieux ; c'est ici, plus que jamais, le cas de mettre ce précepte en pratique. Le méat, le gland, le prépuce seront donc nettoyés soigneusement, non-seulement par le chirurgien, mais aussi par le malade, à qui il faut apprendre la manœuvre du cathéter et les effets vraiment désastreux d'un oubli de la propreté ; cela est d'autant plus nécessaire qu'il sera obligé toute sa vie de faire usage de la sonde.

Si tout marche à souhait, les fonctions digestives ne subissent aucune atteinte ; le prostatique vit encore des années, n'ayant d'autre souci que d'éviter les chances de complications et d'autre ennui que celui de se sonder plusieurs fois dans les 24 heures. Si au contraire l'empoisonnement urineux fait des progrès, la fièvre s'allume, les troubles digestifs s'aggravent avec une effrayante rapidité, la langue devient rouge et luisante, elle finit par être cornée, ne permet aucune alimentation, et les malades, déjà profondément atteints, ne peuvent résister à la cystite suraiguë ou à la cysto-néphrite, qui les emporte tôt ou tard.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Le traitement des complications est presque aussi important que celui de la maladie même.

Nous avons, en étudiant ces diverses complications, montré implicitement qu'il était indispensable de les traiter. Contre la cystite, qui apparaît avec la plus grande facilité, les ressources sont nombreuses, pas toujours efficaces, il faut bien le reconnaître.

En première ligne se place la médication calmante : lavements, cataplasmes laudanisés, frictions, grands bains... ; puis viennent les balsamiques, qui ont parfois l'inconvénient de fatiguer les malades. Si, malgré tout, l'urine devient purulente, si le catarrhe vésical apparaît, il faudra recourir aux lavages antiseptiques, aux injections d'eau tiède chargée de goudron, ou bien aux injections de nitrate d'argent. Lallemand, de Montpellier, et Serres conseillaient dans ces cas des injections avec de faibles doses de nitrate, 0,10 centigrammes pour 250 grammes d'eau. Concurremment à ces moyens, on pourrait, comme on le pratique à l'hôpital Saint-Eloi, administrer chaque jour au malade 1 gramme de naphtol et 1 gramme de salicylate de soude en cachets.

Les néphrites seront avantageusement combattues par le traitement hygiénique, les frictions sèches ou aromatiques, les massages, les purgatifs légers, la sudation obtenue par des boissons chaudes et stimulantes, le jaborandi et la pilocarpine.

Les reins n'étant plus à la hauteur de leur tâche, il faut mettre tout en œuvre pour suppléer à l'activité qui leur fait défaut et dans ce but révulser les régions rénales et entretenir les fonc-

tions de l'intestin. Le lait rend aussi d'utiles services dans ces conditions ; mais il ne faut pas un régime lacté exclusif : l'alimentation sera essentiellement tonique et réparatrice.

Le traitement des hématuries sera entièrement subordonné à sa cause et à l'origine de l'écoulement sanguin ; si le sang vient du canal, on laissera une sonde à demeure ; s'il vient de la vessie, on fera des injections astringentes ; si l'hémorragie vient de la prostate, elle sera traitée, comme toutes les hémorragies internes, par le repos au lit, quelques ventouses scarifiées à la région lombaire, de légers purgatifs et la diète ; cela suffira la plupart du temps. Les saignées générales, les applications froides sur l'hypogastre, les lavements d'eau glacée seraient employés dans le cas d'hémorragie abondante.

Les calculs phosphatiques, avec sécrétion abondante d'un mucus ammoniacal et très fétide, seront traités par quelques injections intra-vésicales acides.

TRAITEMENT RADICAL

Pour ne pas être incomplet, nous parlerons en terminant des opérations chirurgicales pratiquées dans le but de guérir radicalement l'hypertrophie. Nous ne voulons pas décrire, dans un travail de ce genre, les ingénieux instruments imaginés par Leroy d'Etiolles, Mercier, Physick, Thompson, Maisonneuve, et les manœuvres proposées par tous ces médecins distingués ; nous ne ferons que les rappeler.

Compression. — La compression est un moyen proposé depuis fort longtemps par un grand nombre de chirurgiens qui ont inventé chacun un instrument particulier. Nous ferons remarquer que la compression complète, qui d'ailleurs n'a jamais amené de guérison, est très douloureuse, difficilement

supportée et quelquefois impraticable ; tous les compresseurs et redresseurs de la prostate proposés par Rigal, Pravaz, la sonde de Mercier elle-même, refoulent, ainsi que l'observe Civiale, les parties sur lesquelles ils agissent et exercent des tiraillements qui ne peuvent manquer d'aggraver les accidents.

L'*incision et* l'*excision* ont été employées pour remédier aux tumeurs de la prostate. Velpeau pense que ces opérations ne sont pas sans danger et que de plus on arrive rarement au but qu'on se propose. Guthrie, Vidal (de Cassis) sont d'un avis contraire. Ce dernier auteur adopte ces moyens pour arriver à pratiquer une boutonnière de la portion membraneuse de l'urèthre ; il faut éviter de dépasser les limites de la prostate, et encore a-t-on à redouter l'hémorragie ou l'inflammation.

La ligature, l'écrasement, la cautérisation, le broiement ne nous arrêteront pas. Nous terminerons ce paragraphe par le résumé d'un rapport que nous relevons dans la *Semaine médicale* du 20 juin 1888 (Académie des sciences), rapport sur un travail de M. Rohmer, relatif à la cystotomie sus-pubienne pratiquée dans l'hypertrophie de la prostate.

Dans le fait qui sert de base à ce travail, il s'agit d'un homme âgé, atteint de dysurie prostatique et chez lequel il avait été fait une fausse route ; le cathétérisme était devenu impossible et l'urine devait être évacuée par la ponction aspiratrice. M. Rohmer pratique alors la taille sus-pubienne et le cathétérisme rétrograde, dans le but de placer une sonde à demeure ; il laisse en même temps un drain sortant de la vessie par l'abdomen. Très rapidement, la sonde à demeure ne put être supportée ; on dut se contenter de l'orifice abdominal pour l'écoulement de l'urine ; et, pour créer à ce niveau une fistule permanente, M. Rohmer insinue entre les lèvres de la plaie une canule métallique appropriée à cet effet.

Cette opération de la taille sus-pubienne, pratiquée dans le but de remédier aux accidents prostatiques, n'est pas répandue,

et, depuis Sédillot qui l'a préconisée en 1868, Bœckel est le seul qui l'ait exécutée ; d'après Rohmer, ce mode d'intervention serait préférable à la ponction au gros trocart, recommandée par Thompson. Je serais assez disposé, dit M. Berger, à me ranger à cet avis, car la ponction de la vessie, dans ces circonstances, doit exposer beaucoup plus à l'infiltration d'urine que la taille sus-pubienne. Il y a donc là, pour la taille sus-pubienne, une indication justifiable et nouvelle, car jusqu'ici on ne l'a employée que dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'urèthre, après ou même sans que la ponction vésicale ait été tentée. Quant à prétendre, ainsi que l'insinue M. Rohmer, traiter ainsi l'hypertrophie de la prostate en agissant chirurgicalement par incision ou excision sur la prostate, c'est un moyen sur lequel il ne faudrait peut-être pas compter. En tous cas, il y aurait une modification à apporter au procédé de la fistulisation de la plaie vésicale : au lieu d'introduire dans la vessie une canule métallique, il suffirait, d'après la pratique de Guyon, de suturer la muqueuse vésicale à la peau.

CONCLUSIONS

1° L'hypertrophie prostatique est une maladie, non une conséquence fatale de la vieillesse ;

2° Ses causes certaines sont encore à élucider.

3° Les symptômes sont souvent insidieux ; la marche en est lente et la durée ordinairement assez longue.

4° Le toucher rectal et l'exploration par l'urèthre doivent guider le diagnostic.

5° Les complications sont généralement plus à redouter que la maladie elle-même.

6° Le pronostic est subordonné à plusieurs circonstances : moins fâcheux chez les vieillards doués d'une bonne constitution et sobres ; très grave, au contraire, chez ceux qui sont débilités par des excès de tous genres et peu soucieux de leur santé.

7° Le traitement hygiénique et médical rend les plus grands services. Le traitement curatif étant toujours impuissant, l'hygiène des malades doit entrer en première ligne de compte.

8° On devra toujours, en introduisant les sondes, redoubler de douceur et de précautions et appliquer dans toute leur rigueur les règles de l'antisepsie.

9° Le traitement radical de l'hypertrophie prostatique est très dangereux et ne doit être mis en usage que dans les cas exceptionnellement graves.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Civiale. — Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.

Mercier (Aug.) — Mémoire sur un nouveau moyen de diagnostiquer les déformations de la prostate. (Arch. génér. de méd., juin 1835).

— Mémoire sur une saillie particulière de la valvule vésico-uréthrale. (Examinateur médical, 1841).

Thompson. — Diseases of the prostate. Londres, 1861.

— Traité des maladies des voies urinaires.

Touplain. — Thèse de Paris, 1872.

Zambianchi. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate Thèse de Paris, 1875.

Leroy d'Etiolles. — Considérations anatomiques et chirurgicales. sur la prostate. Paris, 1840.

Virchow. — Pathologie des tumeurs.

English. — Hypertrophie de la prostate, 6 ponctions successives.

Heine. — Uber radical Behandlung der Prostate hypertrophia in arch. f. klin. chirurg., 1874.

Teevan. — Hypertrophie, 2 tumeurs pédiculées grosses comme une noix faisant saillie dans la vessie. (Lancet, vol. 11, 1875).

Tagand. — De la prostatite aiguë. Thèse de Paris, 1858.

Bottini. — Bulletin de thérapeutique, 1877.

Tagloi. — Rétention par hypertrophie, ponction aspiratrice. (The Lancet, 14 févr., p. 232, 1874).

Dodeuil. — De l'altération sénile de la prostate. Thèse de Paris, 1866.

Caudemont. — Hypertrophie prostatique. Thèse de Paris, 1847.

Gellie. — De l'engorgement de la prostate. Paris, 1854.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1885.

— Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, 1887.

Picard. — Traité des maladies de la prostate, 1877.

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive.
Velpeau. — Manuel d'anatomie chirurgicale, générale et topographique.
Tillaux. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.
Richet. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.
Beaunis. — Traité de physiologie.
Kuss et Duval. — Cours de physiologie.
Vidal. — Traité de pathologie externe et de médecine opératoire.
Voillemier et Le Dentu. — Traité des maladies des voies urinaires.
Launois. — De l'appareil urinaire des vieillards.
Semaine médicale, n° du 20 juin 1888.
Poulet et Bousquet. — Traité de pathologie externe.

Vu bon a imprimer :
Montpellier, le 16 juillet 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

Vu permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 juillet 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !